

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

474

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul DURANDY

Né le 6 Mai 1910, à PUGET-THÉNIERS (Alpes-Maritimes)

ÉTUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE DE CINQUANTE CAS D'APPENDICITE CHRONIQUE

TRAVAIL DE LA CONSULTATION DE GASTRO-ENTÉROLOGIE
DE MONSIEUR LE DOCTEUR P. AUGIER
(HOPITAL SAINT - ROCH, à NICE)

Président : M. CARNOT, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul DURANDY

Né le 6 Mai 1910, à PUGET-THÉNIERS (Alpes-Maritimes)

ÉTUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE
DE CINQUANTE CAS D'APPENDICITE CHRONIQUE

TRAVAIL DE LA CONSULTATION DE GASTRO-ENTÉROLOGIE
DE MONSIEUR LE DOCTEUR P. AUGIER
(HOPITAL SAINT - ROCH, à NICE)

Président : M. CARNOT, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DE GAUDART
BARIETY	D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale.
BENARD Henri	GAYET
BERNARD EL.	Physiologie.
BESANÇON (J.)	Pathologie médicale.
BOULIN	GIROUD
BULLIARD	HAGUENAU
CATHALA	HALPHEN
COSTE	HAZARD
CHEVALIER	HUGUENIN
DOGNON	JOANNON
FUNCK	LACOMME
BRENTANO ...	LANTUEJOUL
FEY	LAROCHE Guy.
GAILLARD	LAVIER
GASTINEL	LELONG
	Pathologie médicale.

MM.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LÉVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{lle} J.) . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD (L.) . Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.

MM.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE..
 AUBERTIN
 BRULE
 CHABROL
 DONZELOT
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR
 VALLERY-
 RADOT
 SEZARY

Clinique médicale

MM.
 BASSET
 BRCCQ
 CADENAT
 GATELLIER ...
 MOURE
 QUENU
 VELTER

Clinique chirurgicale

ECALLE
 METZGER
 Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.
 CHAILLET-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Je dédie ce travail, en témoignage de mon amour filial et de toute ma reconnaissance. Je leur dois tout, et conscient des sacrifices immenses et incessants qu'ils ont fait pour moi, qu'ils soient assurés de toute ma tendresse et de toute ma gratitude

A MES SŒURS

En témoignage de ma profonde affection.

A MON BEAU-FRERE ET A SA CHERE FAMILLE

A MES PETITES NIECES

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

Le Docteur Ernest GAYMARD

C'est le premier médecin que j'ai connu et que j'ai aimé.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. CARNOT

Professeur de Clinique médicale
Membre de l'Académie de Médecine

Qu'il veuille bien accepter l'hommage respectueux de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

*Monsieur le Professeur P. DELBET (Hôpital Cochin).

Monsieur le Professeur F. BEZANÇON (Hôpital St-Antoine).

Monsieur le Professeur agrégé DUVOIR (Hôpital Saint-Louis).

Monsieur le Professeur GUILLAIN (La Salpêtrière).

Monsieur le Professeur H. CLAUDE (Sainte-Anne).

Monsieur le Professeur CHEVASSU (Cochin).

Monsieur le Docteur ARMAND-DELILLE (Hérolde).

Monsieur le Docteur CHIRIE (Hôtel-Dieu).

Monsieur le Docteur A. BRECHOT (Saint-Antoine).

A Monsieur le Docteur Pierre PRUVOST (La Salpêtrière)

A Monsieur le Docteur G. BASCH (Hôpital Andral)

A Monsieur le Docteur R. MARQUEZY (Hôp. Bastion 29)

Auprès d'eux, nous avons rempli les fonctions d'externe. Ils ont été pour nous les plus bienveillants des maîtres. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre gratitude, pour leur enseignement au lit du malade, et de notre respectueux dévouement.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE MONTFERMEIL

INTERNAT

A Monsieur le Docteur MARTIAL
Médecin de l'Hôpital de Montfermeil

En reconnaissance de sa bonté à notre égard et pour la confiance dont il nous a toujours honoré. C'est lui qui le premier nous a appris à prendre contact avec la clientèle dans la banlieue de Paris.

A Monsieur le Docteur BUSSE
Chirurgien de l'Hôpital de Montfermeil
Chef des Travaux pratiques d'Anatomo-Pathologie à la Faculté

Il nous a toujours accueilli dans son service et dans son laboratoire avec la plus grande bienveillance.

A Monsieur le Docteur LENEGRE
Ancien Interne des Hôpitaux
Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Après avoir été notre conférencier d'internat, nous lui sommes reconnaissant pour ses remarquables leçons cliniques sur les maladies du cœur.

A SŒUR JULIE

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur D'CELSNITZ
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin des Hôpitaux de Nice
Licencié ès-sciences
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Nous considérerons toujours comme
un honneur d'avoir été l'un de ses
élèves.

A MON COUSIN

Monsieur le Docteur Ed. CARCOPINO
Médecin des Hôpitaux

Il a été notre premier maître et
nous lui devons le meilleur de notre
formation médicale. C'est lui qui nous
a appris à aimer les enfants et qui,
aujourd'hui encore, soigne, avec un
cœur d'or, mes parents. Notre respec-
tueuse gratitude ne se bornera pas à
cette dédicace. Nous nous efforcerons,
durant notre carrière médicale, de
suivre la voie qu'il nous a tracée par
ses conseils et par son exemple.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE NICE

INTERNAT

A Monsieur le Docteur DUPLAY
Médecin des Hôpitaux de Nice

Nous lui devons une infinie reconnaissance pour nous avoir donné l'exemple d'un grand sens clinique.

A Monsieur le Docteur MARASSI
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin des Hôpitaux de Nice

Il a été pour nous un maître plein d'attrait. Ses idées personnelles, jointes à une culture étendue, ont développé en nous la curiosité scientifique. Il nous a montré les bénéfices que l'on peut tirer de la clinique et de la modération thérapeutique.

A Monsieur le Docteur Jean-Paul GRINDA
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux de Nice

A Monsieur le Docteur DAUMAS
Biologiste des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur Vincent PASCHETTA
Electro-Radiologiste des Hôpitaux

Ils nous ont toujours accueilli dans leurs services avec bienveillance et nous leur devons la partie chirurgicale, histologique et radiologique de notre travail.

A Monsieur le Docteur GAILLARD
Chirurgien Urologue des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur Pierre AUGIER
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Médecin des Hôpitaux de Nice

Il a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail et nous guider de ses conseils. Ses connaissances étendues nous ont aidé dans la rédaction de cette thèse et ses travaux ont été notre idée directrice.

Qu'il trouve ici le faible témoignage non seulement de notre reconnaissance, mais encore de notre respectueuse et vive sympathie.

A MON AMI

Le Docteur Edouard REBUFFEL

Médecin cantonal dans mon village
natal et dont j'admire la vie profes-
sionnelle.

A MES COLLEGUES ET AMIS DES SALLES DE GARDE

de l'Hôpital Andral (1933).

de l'Hôpital Bastion 29 (1934).

de l'Hôpital de Montfermeil (1935).

de l'Hôpital Pasteur (1936).

de l'Hôpital Saint-Roch (1938).

A MES PLUS CHERS CAMARADES D'ETUDES

Les Docteurs Pierre MAGDELENAT,

Jean BUS,

René CLERGUE,

OJARD-CHILLET.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

INTRODUCTION

Depuis que MESTIVIER, en 1759, en publia — dans le *Journal de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie* — la première observation, peu de sujets ont certainement passionné l'opinion médicale autant que l'appendicite.

Les travaux, les communications qui ont été suscités par l'inflammation aiguë ou chronique de l'appendice sont innombrables et, dans un passé qui n'est pas encore très éloigné, brillent les noms de TALAMON et de DIEULAFOY.

Le nombre toujours accru des victimes de l'appendicite nous incite, aujourd'hui, à rechercher s'il ne serait pas possible, par une étude plus approfondie, plus minutieuse, de dépister certaines inflammations subaiguës ou chroniques, dont l'origine appendiculaire est très souvent méconnue, aucun fait n'attirant spontanément l'attention sur l'appendice.

*
**

L'appendicite chronique peut se présenter, en clinique, sous des aspects les plus divers. On a cherché à décrire une maladie dont les symptômes fonctionnels et les symptômes physiques soient liés exclusivement à l'atteinte de l'appendice. Cette description de « *l'appendicite chronique pure* », que l'on rencontre dans tous les traités classiques, répond au schéma suivant :

— douleurs locales continues, avec des recrudescences dues, soit aux repas, soit aux efforts, soit à une poussée de constipation ou à l'occasion d'écarts de régime, douleurs s'accompagnant, de temps en temps, de manifestations dyspeptiques mal définies par les auteurs —. Cette forme, ne se rencontre pas en clinique ou, plus exactement, nous ne l'avons pas rencontrée dans les observations qui ont servi de base à notre travail. D'ailleurs, quand elle se présente, le

malade appelle, d'emblée, l'attention sur sa région iléo-cæcale et, comme le dit GUTMANN : « Seul est à faire le diagnostic nosologique d'une lésion dont le siège n'est pas douteux ».

D'après l'étude de nos observations, nous avons la conviction que l'appendicite chronique est une affection complexe, avec des réactions à distance et des lésions à distance, c'est-à-dire qu'elle est toujours une maladie à *symptomatologie d'emprunt*, de types très divers, mais qu'elle reste presque toujours une *maladie digestive*.

En effet, les trois principaux types, les trois masques qu'elle revêt le plus souvent sont, d'après l'ordre de fréquence qui ressort de notre statistique :

1°. — LE TYPE HÉPATO-VÉSICULAIRE : 60 % [obs. 1 à 31] ;

2°. — LE TYPE COLIQUE : 16 % [obs. 32 à 40] ;

3°. — LE TYPE GASTRIQUE : 12 % [obs. 41 à 46].

— Enfin, dans certains cas, le tableau clinique de l'appendicite chronique est tout à fait anormal. Rien, dans les symptômes qui amènent le malade à consulter, ne fait penser à l'appendicite : ce sont les formes que GUTMANN a justement appelées « FORMES A SURPRISES ».

— Formes pseudo-tuberculeuses de FAISANS ; formes se manifestant par de l'asthme ;

— Formes utéro-ovariennes et formes urinaires ;

— Les « appendicites claudicantes » rapportées par ENRIQUEZ, sous forme de sciatique droite rebelle, de pseudo-coxalgie ;

— Grosses modifications du système neuro-végétatif ;

— Formes nerveuses enfin (syndrome méningé ou syndrome épileptique).

Si l'on ajoute toutes les formes observées exceptionnellement par les auteurs, ou que leur imagination a peut-être trop complaisamment décrites, on risque de faire le tour de la pathologie.

Nous citerons, cependant, parmi ces formes exceptionnelles, les observations de trois d'entre elles que nous avons rencontrées :

— 1° *La forme psychique*, qui présente une certaine importance, car une intervention bien simple amène parfois la sédation des troubles [obs. 47].

— 2° *Les formes urinaires*, ces dernières comprenant à la fois les formes où il existe de la cystalgie par lésion anatomo-

mique et les formes où la présence d'une appendicite chronique entretient le trouble intestinal qui donne naissance à une pyurie à colibacilles. [Obs. 48 et 49].

— 3° *La forme pseudo-tuberculeuse.* Obs. 50].

Signalons, dès maintenant, que l'étude attentive de ces quelques cas anormaux permet de trouver, dans leur symptomatologie, des signes fonctionnels d'ordre *digestif* et des signes physiques, qui doivent orienter vers la recherche *patiente et méthodique* des symptômes objectifs d'appendicite chronique, recherche qui, bien souvent, durera plusieurs mois.

CHAPITRE PREMIER

APPENDICITES CHRONIQUES A FORME HEPATO-VESICULAIRE

Nous ne prétendons pas, après tant d'auteurs, innover en décrivant une forme hépato-vésiculaire de l'appendicite chronique, et DIEULAFOY, le premier (clinique de l'Hôtel-Dieu, T. V., p. 107) avait appelé l'attention sur les sympathies morbides des deux organes. Cependant, un certain nombre de précisions nous paraissent devoir être ajoutées aux données classiques dont on trouve une excellente mise au point dans le travail d'ENRIQUEZ et d'ARBEIT. A la suite de ces auteurs, il nous paraît impossible de dissocier une forme de « dyspepsie atonique » et une forme vésiculaire de l'appendicite chronique. Nous croyons bien qu'il s'agit là d'un même type clinique, avec des degrés plus ou moins marqués de l'atteinte vésiculaire. Nos observations nous montrent, en effet, l'intrication des deux séries de symptômes : symptômes dits de dyspepsie atonique et symptômes plus proprement hépato-vésiculaires.

Il nous paraît devoir être souligné que cette intrication se fait exclusivement dans la forme appelée par ENRIQUEZ et ARBEIT « dyspepsie atonique ».

— Nous allons étudier le SYNDROME DYSPEPTIQUE, caractérisé par ses douleurs et ses intolérances alimentaires, puis les symptômes plus proprement HÉPATO-VÉSICULAIRES. Tout ceci, nous l'aurons appris de *l'interrogatoire* de nos malades et ce n'est qu'après que nous parlerons de *l'examen clinique*.

**

Immédiatement ou une demi-heure après le repas, le ma-

lade éprouve des *malaises, plus que des douleurs* [obs. 11, 12, 13, 17, 21], sensation de pesanteur, de ballonnement, de plénitude gastrique avec météorisme, parfois assez important, pour l'obliger à « déboutonner sa ceinture ». L'ensemble de ces malaises fait dire aux malades qu'ils ont des digestions *pénibles et lentes*.

Les impressions douloureuses proprement dites, les sensations de brûlures sont non seulement peu fréquentes, mais aussi beaucoup moins violentes que dans l'hyperchlorhydrie, et, fait important à nos yeux, d'horaire variable. (Sur ce point, nous nous rencontrons encore avec les auteurs cités).

Si la brûlure est rare dans nos observations, par contre, nous y trouvons très fréquemment la *crampe* douloureuse. [obs. 2, 6, 9, 15], symptôme auquel nous attachons une assez grande importance car il est exceptionnel dans les cholécystites proprement dites, dont le malaise gastrique se traduit plus souvent par des brûlures ou de la nausée. GUTMANN, en étudiant les caractères de la douleur épigastrique (« Nutrition », 1937, tome VII, p. 359) attache une grande valeur à la crampe ; il pense que c'est là l'expression de la « contraction douloureuse de l'estomac contre un pylore bloqué » et nous verrons plus loin combien souvent l'appendicite chronique s'accompagne de spasme du pylore !

En plus de ces impressions douloureuses et de ces crampes, les malades se plaignent de *troubles de la circulation de l'air*, qui se traduisent, soit par des renvois [obs. 6, 11], soit par des gaz coliques, et l'on sait le rôle attribué, pendant ces dernières années, à la cholécystite comme facteur de la « soi-disant aérophagie ».

Enfin, nos malades se plaignent d'*intolérances alimentaires* très fréquentes [obs. 10, 14, 19], et portant sur les mets que l'on a l'habitude de voir mal supportés par les hépatiques ; à savoir : les œufs, les fritures, le chocolat ou encore les sauces comportant de la graisse cuite. Il est intéressant de noter que ce groupe d'intolérances alimentaires ne s'accompagne pas ou exceptionnellement d'intolérance pour des aliments celluloseux à digestion caecale ou encore qui irritent électivement l'intestin grêle, comme les épinards.

Ce syndrome dyspeptique, qui évoque l'idée — au point de vue fonctionnel — de troubles gastriques secondaires à

une atteinte hépatique ou vésiculaire, s'intrique le plus souvent avec des symptômes plus proprement hépatiques.

— Parmi ces derniers symptômes, nous signalerons :

1° Des douleurs de l'*hypocondre droit*, avec leurs irradiations à type vésiculaire en demi-ceinture, dans l'épaule droite, sur le moignon de l'épaule ou dans la région dorsale. Il est intéressant de noter que cette douleur s'associe très fréquemment avec une douleur au creux épigastrique, localisation que nous retrouverons dans les autres formes d'appendicites. *Cette association des deux points douloureux épigastrique et vésiculaire* nous a paru un symptôme d'une grande valeur, et nous l'avons retrouvé dans de nombreuses observations [obs. 1, 2, 5, 8, 11, 12, 15].

2° C'est encore dans cette forme, intriquée avec le syndrome de dyspepsie atonique que l'on voit apparaître des *céphalées*, rarement à type de migraines, mais le plus souvent à localisation frontale sus-orbitaire. [Obs. 8, 9, 10, 18, 21].

3° Les autres accidents d'intolérance, crises d'urticaire, asthme, etc., nous ont paru exceptionnels. [Obs. 23].

4° Par contre, chez presque tous nos malades, nous avons rencontré ces petits signes si fréquemment observés dans les cholécystites et qui troublent si souvent l'état général, accaparant toute l'attention du malade et même du médecin :

— Fatigue matinale, inaptitude à tout effort intellectuel et physique, torpeur, somnolence [obs. 6, 10, 13, 14, 26, 26], vertiges, mal de mer, *troubles vaso-moteurs* importants, nausées, angoisse. [Obs. 2, 4, 5, 7, 9, 13, 15].

Nous ne saurions dire si les autres troubles fonctionnels digestifs de ces malades sont ou non d'origine vésiculaire ; en particulier, si les troubles du rythme *et de la teneur en eau des selles* — qui amènent des selles irrégulières, alternances de diarrhée et de constipation, ou diarrhée post-prandiale ou réveille-matin — sont ou non liés à un trouble de la sécrétion ou de l'excrétion biliaire.

*
**

L'intrication constante de phénomènes de « dyspepsie atonique » et de troubles proprement « hépato-vésiculaire » pourrait déjà justifier la dénomination que nous donnons à cette forme, mais d'autres ordres de preuves viennent affir-

mer le rôle de la vésicule et du foie dans les accidents que présentent ces malades.

En effet, ces malades accusent très fréquemment, dans leurs antécédents, soit des fièvres typhoïdes, soit des ictères. Ils sont presque toujours amaigris, leur appétit est plus ou moins conservé, leur langue est sale. [Obs. 9, 10, 14].

A l'examen clinique, on trouve presque toujours un point douloureux sous-hépatique. Cette recherche de la douleur vésiculaire doit être faite avec toutes les précautions que GUTMANN nous rappelle (syndr. doul. de la région épig., tome 1, p. 406), en faisant respirer profondément le malade et surtout en observant le visage du patient, car nous savons combien fréquents sont les troubles vaso-moteurs de la face lors de la palpation d'un organe abdominal malade.

— Nous explorerons ensuite le bord inférieur du foie : sa consistance, sa sensibilité, et nous pourrions le faire facilement car cet organe est très souvent légèrement augmenté de volume et douloureux. [Obs. 4, 7, 14, 20, 23].

— Nous avons fréquemment recherché le point phrénique droit qui nous a paru en concordance fréquente avec un signe de Murphy positif.

Il est difficile, chez des malades qui présentent des troubles dyspeptiques aussi légers et chez qui le diagnostic s'impose rapidement de faire faire systématiquement beaucoup d'épreuves mettant en évidence leur insuffisance hépatique. Celle-ci a été assez récemment étudiée par MARTINET (thèse de Lyon, 1931). Cependant, nous avons fait, dans un certain nombre de cas, des dosages de la bilirubine et de la cholestérine. Le taux de la bilirubinémie nous a paru surtout intéressant par son augmentation fréquente aux environs de 30 mmgr. 0/00 (technique de Chabrol et Charouat) [obs. 3, 6, 19, 24].

— CHIRAY, BLUM et LIBERT ont minutieusement étudié le *tubage duodénal* dans les appendicites chroniques : ils ont constaté l'existence d'un liquide fréquemment purée de pois, la présence de nombreuses cellules de desquamation et surtout des polynucléaires nombreux, en voie d'altération ; une flore microbienne abondante et, en cas de lithiase, des calculins.

Par contre, à leur point de vue, l'étude du chimisme gastrique n'apporte rien d'important.

Nous n'avons pas cru devoir faire des tubages duodénaux à nos malades et, d'autre part, les quelques examens de sang que nous avons fait pratiquer ne nous ont indiqué qu'une leucocytose banale aux environs de 5 à 10.000). Parfois une augmentation de la mononucléose, rarement de l'éosinophilie.

Plus probants encore nous paraissent trois caractères qui légitiment, sans aucun doute, notre thèse :

— 1° *L'influence d'un traitement cholérétique* sur les symptômes que nous avons appelés proprement vésiculaires :

— 2° *L'aspect blanchâtre* de la vésicule à l'intervention ;

— 3° La période de *sequelles post-opératoires*, que l'on peut prévoir à priori, qui dure environ 6 mois et qui nécessite un traitement cholérétique ayant, cette fois, non plus une action temporaire, mais efficace. Ce traitement est absolument nécessaire, comme le prouvent les observations de malades, opérés, soulagés, et venant consulter, 18 mois à 2 ans après, pour des troubles vésiculaires, quand cette précaution n'a pas été prise [obs. de 24 à 31].

Cette notion de cholécystite, à point de départ appendiculaire, et évoluant ensuite pour son propre compte, que l'on trouve mentionnée déjà par les auteurs, n'a peut-être pas été suffisamment mise en évidence. Il est hors de doute que c'est à ces faits que font allusion ENRIQUEZ et ARBEIT quand ils décrivent, au chapitre de « *L'Appendicite et Cholécystite* » une forme où il y a association ou parfois alternance des deux états, mais leur description montre qu'ils demandent alors l'existence d'un tableau clinique extrêmement poussé, de chacun des deux états, mais qui n'est, en réalité, le plus souvent qu'ébauché.

C'est à cause de cette ébauche justement des symptômes, tantôt de la série appendiculaire, tantôt de la série vésiculaire, qu'il faut bien avoir présente à l'esprit notre forme, de façon à rechercher l'ensemble de ces symptômes et prévoir son évolution pour l'enrayer quand certains d'entre eux seulement sont en évidence.

— Le dépistage, dans ces cas, de l'appendicite chronique, source du syndrome digestif, qui se présente tantôt sous un aspect franchement hépato-vésiculaire, tantôt sous un aspect

plus dyspeptique, de type atonique, est établi par *l'examen du malade*.

Il ne faut pas toujours compter sur le symptôme que l'on cherche immédiatement, à savoir : la constatation d'un point douloureux dans la fosse iliaque droite. En effet, deux causes d'erreur sont à éviter, d'abord les appendicites dont le foyer initial appendiculaire est indolore lors des premiers examens, et l'étude de nos observations nous montre combien ce fait est fréquent [obs. 1, 2, 4, 6, 8, 13, 14, 21], ensuite les cas où la douleur dans la fosse iliaque droite existe réellement mais est due à tout autre chose qu'à l'inflammation chronique de l'appendice, en particulier aux colites droites secondaires à une cholécystite initiale.

La recherche, parfois délicate, de la douleur appendiculaire, du point de Mac BURNEY, prend — bien entendu — ici toute son importance, de même que les épreuves accessoires : contraction du psoas, T. R. et T. V., etc ; nous en reparlerons au chapitre du diagnostic positif, pour pouvoir insister ici sur les critères qui nous paraissent aussi fructueux que la découverte d'un point douloureux appendiculaire, critères dont nous nous sommes servis pour faire le diagnostic de la plupart des observations groupées sous cette forme. Ces critères sont :

1° *La notion de cholécystite entretenue :*

Nous pensons qu'il y a moins d'atteintes vésiculaires primitives qu'on ne le suppose, et nous croyons qu'avant de porter ce diagnostic il en faut trouver la raison, soit dans les antécédents infectieux du malade (fièvre typhoïde), soit dans les antécédents génitaux (comme nous l'a montré une série d'observations encore inédites de cholécystites survenues chez des femmes ayant des ovaires sclérokystiques), soit dans les écarts de régime.

Or, dans la plupart de nos observations, nous ne retrouvons pas ces trois ordres d'antécédents.

2° Le rôle de l'appendice dans une cholécystite nous paraît devoir être soupçonné également par le caractère évolutif de cette dernière, à savoir :

Un caractère capricieux, soudainement irréductible par les médications qui, jusque là, soulageaient si elles ne guérissaient pas complètement le malade [obs. 2, 14, 15].

Ce ne sera donc que par une étude prolongée (six mois

au moins) de l'évolution spontanée, que l'on pourra porter un diagnostic chez de pareils malades. On les examinera à plusieurs reprises, on guettera l'apparition spontanée du point douloureux abdominal.

On mettra à profit cette attente en observant l'influence des médications et nous avons l'habitude de faire alterner successivement :

a) la *méditation cholérétique saline* qui soulage, en général, les symptômes attribuables à la cholécystite, à savoir : douleur sous-hépatique, intolérance alimentaire, appétit capricieux, langue saburrale, migraines, etc., et qui fait souvent apparaître ou accentue le point douloureux appendiculaire.

b) Nous faisons succéder à la décade de la médication cholérétique, une décade de *médication bismuthée*, qui, souvent — mais moins régulièrement que ne le fait la médication cholérétique pour les troubles hépato-vésiculaires — calme le point appendiculaire et surtout la douleur due à la colite et à la pérityphlite.

Nous insistons sur le fait que, toujours, il a été utile de mettre ces malades à un traitement d'épreuve de 20 jours — d'abord médication saline, ensuite médication bismuthée — et de les revoir au milieu de chacune de ces décades.

L'intérêt du diagnostic très précoces de cette forme — et non pas du simple diagnostic d'appendicite chronique — est important, à cause de son évolution très particulière, car il faut la connaître pour pouvoir prévoir et traiter médicalement les séquelles vésiculaires si fréquentes.

CHAPITRE II

APPENDICITES CHRONIQUES A FORME COLIQUE

Un certain nombre de nos observations d'appendicites chroniques ont pour seules caractéristiques des symptômes attribuables à des modifications de la sensibilité du côlon et à des troubles des fonctions qui règlent le transit et la teneur en eau des selles.

Nous ne discuterons pas ici le point de savoir par quel mécanisme apparaissent ces symptômes. S'il s'agit de colite proprement dite « dont la preuve anatomique — comme l'ont souligné BERGERET et CAROLI au congrès de Plombières, 1935 — ne peut être faite, faute de pouvoir étudier des documents anatomiques complets comportant des coupes en série du cæco-côlon ascendant à partir de la région appendiculaire infectée », ou s'il s'agit de troubles moteurs et sécrétoires à distance comme il est si fréquent d'en observer dans les lésions du tractus digestif sans que leur mécanisme pathogénique soit éclairci dans la plupart des cas. Quoiqu'il en soit tous les auteurs sont d'accord, aujourd'hui, pour admettre la coexistence fréquente des deux affections et nul ne doute que l'appendicite chronique peut être le point de départ de colites chroniques.

Nous avons pris pour témoignage de la relation entre l'inflammation chronique de l'appendice constatée à l'intervention et les symptômes observés, l'amélioration ou la disparition de ceux-ci après appendicectomie.

Ces réserves faites sur l'origine lésionnelle ou fonctionnelle des troubles que nous allons décrire, il est indiscutable que de nouveau, cette forme touche plus les *femmes* que les hommes et que les malades viennent consulter pour deux symptômes : la douleur abdominale et une constipation opiniâtre, avec débâcles diarrhéiques.

1° LA DOULEUR est une sensation pénible, de distension cæcale, souvent permanente, mais plus accusée le soir et surtout après les efforts et la station debout. Impression douloureuse encore, au moment des efforts de la défécation, ce qui s'explique aisément par la chasse qui se fait de part et d'autre du sphincter mésocolique du contenu intestinal.

En plus de cette sensation permanente d'endolorissement, de pesanteur, de barre, surviennent des paroxysmes douloureux à caractère spasmodique et qui s'accompagnent alors de réactions assez violentes : frissons, lipothymies, syncope parfois. [Obs. 36, 38].

2° LES ANOMALIES DES SELLES sont constantes :

Constipation chronique pure, alternance, ou diarrhées.

I. Il faut toujours penser à l'appendicite chronique parmi les facteurs étiologiques d'une *constipation, quelque ancienne* qu'elle puisse être, et on aura parfois la surprise de la voir céder après appendicectomie.

Soulignons que cette notion ne doit aboutir à des décisions opératoires thérapeutiques qu'après une étude attentive où l'on devra mettre en évidence les symptômes que nous indiquons au diagnostic positif. On voit trop souvent, en effet, des malades appendicectomisés dont la région cæcale est douloureuse, sensible au palper, en amont d'une stase intestinale chronique qui persiste comme par le passé.

Evidemment, devant ces constipations chroniques durant depuis des années, souvent rien n'attirera l'attention sur l'appendice et ce ne sera qu'à la faveur d'une crise subaiguë, constatée par un observateur averti et souvent déclenchée par un incident infectieux, que le diagnostic pourra être établi avec prudence. [Obs. 38].

Par contre, il est impérieux de penser à l'inflammation chronique de l'appendice devant une constipation *brusquement établie*, chez un sujet jeune, bien réglé jusque là, à fortiori chez un *adolescent*. [Obs. 32, 37].

Un point également important nous paraît être la notion d'une constipation évoluant *par poussées sans cause apparente*. Il s'agit de sujets dont la dose habituelle de laxatif doit être brusquement augmentée, pour des périodes brèves, sans raison — c'est dans cette catégorie que nous faisons entrer les constipations attribuées à des dolico-colon et dues, en réalité, à des appendicites chroniques qui accompagnent et

troublent le transit d'un intestin morphologiquement trop long, mais qui remplit cependant très bien la fonction du jour où la cause réelle du trouble moteur est supprimée. [Obs. 34, 48].

II. A côté des formes où la constipation est pure, l'appendicite chronique est souvent la cause de constipations *entre-coupées de diarrhées*, avec, en général, prédominance de la constipation sur la diarrhée : syndrome d'alternance auquel trop de médecins se bornent fréquemment à donner la facile étiquette d'entérocolite. [Obs. 39, 38].

III. Plus curieuses encore sont les formes *purement diarrhéiques*, et, à la faveur de nos observations [obs. 33, 40], nous ne croyons pas qu'il soit paradoxal de penser à une appendicite chronique devant ces malades présentant uniquement des crises de diarrhées.

Cette diarrhée n'est jamais très intense (rarement plus de 3 ou 4 selles par jour) souvent impérieuse. Elle se produit fréquemment *après les repas* [ob. 36], *ou au réveil*. La selle « réveille-matin » s'observe dans l'appendicite chronique avec les mêmes caractères que dans la colite amibienne.

Les matières sont pâteuses, en bouse de vache parfois, d'aspect vernissé et luisant, plus volumineuses qu'habituellement. Presque toujours à tendance acide ; on y trouve parfois du mucus, jamais de sang ni de pus.

Pour ces formes avec diarrhées, comme pour celles avec constipation, l'idée d'appendicite chronique doit venir à l'esprit du clinicien qui cherche la cause d'un trouble moteur et sécrétoire peu explicable, c'est-à-dire que les *examens radiographiques* devront écarter l'idée d'une *malformation évidente, dolico-colon* (nous avons vu les réserves à faire à l'égard de celui-ci) et surtout *diverticules*. Ils écarteront, a fortiori, l'idée d'une *néoformation*, qui peut produire aussi bien de la constipation, de l'alternance ou de la diarrhée, l'une ou l'autre survenant brusquement ; tout en tenant compte que l'âge — en général assez jeune — du sujet, est une présomption mais non une certitude.

C'est également dans les formes diarrhéiques que l'examen parasitaire et bactériologique, ainsi que la recherche du sang et des alb. solubles, doit permettre d'écarter l'idée d'une affection à protozoaire, ou microbienne de l'intestin. On recherchera particulièrement les helminthes (*ascaris*, oxyures), les

tricrocéphales et les lamblías. [Obs. 40], et surtout, comme le conseille CARNOT (« Carnot et Rachet », fasc. 1, p. 406), « il sera indispensable de rechercher systématiquement à plusieurs reprises, les *amibes* dysentériques et leurs kystes, ainsi que les ulcérations rectales visibles *endoscopiquement* chez tout colitique chronique, même sans passé colonial ».

Nous n'avons pas manqué de faire faire à nos malades ces examens de laboratoire et presque tous ont eu une *rectoscopie*.

— *L'examen clinique* ne nous apprend pas grand chose ; le plus souvent, tout l'abdomen est sensible : c'est une douleur diffuse dont le maximum varie d'un examen à l'autre.

— *L'état général*, sauf dans les formes uniquement diarrhéiques, où il y a un peu de température, est en général bien conservé. [Obs. 35].

— *L'examen du sang* (recherche de l'éosinophilie) et l'examen *radiographique* nous auront surtout servi à établir notre diagnostic différentiel : dès lors, le diagnostic par élimination ayant ainsi restreint le champ des hypothèses à la recherche d'une cause d'irritation du gros intestin, il faut savoir systématiquement penser à l'appendicite chronique, non pour conclure, à la légère, à une intervention trop communément pratiquée pour n'importe quels troubles digestifs, mais pour guetter attentivement et faire apparaître, au besoin, les symptômes cliniques et radiologiques sur lesquels on peut fonder, comme nous le montrerons, ce diagnostic.

CHAPITRE III

APPENDICITE CHRONIQUE A FORME GASTRIQUE

Nous ne pouvons commencer ce chapitre sans citer les noms de TALAMON, MOYNIHAN, ENRIQUEZ et ARBEIT, lequel, dans sa thèse (1924), sur « les syndromes gastralgiques d'origine appendiculaire », a si minutieusement décrit les rapports existant entre ces deux organes.

Il est hors de doute, en effet, que l'estomac réagit très fréquemment au cours de l'appendicite chronique et que le tableau alors réalisé est celui d'une *dyspepsie hypersthénique*.

Comment s'installe et en quoi consiste exactement cette dyspepsie ? C'est ce que va nous apprendre l'interrogatoire de nos malades qui sont, en général, du sexe féminin, et relativement assez jeunes (20 à 40 ans). Presque tous se plaignent de troubles intestinaux, soit à type « d'entérite », soit à type de constipation, et accusent des indigestions fréquentes. Puis la dyspepsie s'installe progressivement. Le symptôme majeur, celui qui amène le malade à consulter, est la douleur.

Cette DOULEUR, fait capital, et que nous mentionnons aussitôt, est *d'horaire tardif* ; c'est là le caractère le plus constant du syndrome gastrique. Les sujets souffrent, vers 11 heures du matin, vers 16 à 18 heures, l'après-midi, quelquefois, mais rarement, la nuit. [Obs. 42, 45]. L'absence fréquente de la douleur nocturne, coexistant avec un syndrome de douleurs tardives, est un caractère assez important en faveur de l'appendicite plutôt que de l'ulcus du duodénum.

— Ces douleurs sont à type de brûlures, de torsion, de tiraillements, mais surtout de *crampes* douloureuses. [Obs. 44, 41, 42].

Elles *siègent*, avec beaucoup de constance, nettement au creux épigastrique, entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde et elles irradiant soit sous les rebords costaux, droit au gauche, soit dans le dos, soit vers l'ombilic et la fosse iliaque droite. Ces douleurs ne sont pas permanentes, mais durent souvent une heure, parfois plus.

Elles sont *calmées* par l'action des poudres inertes (bismuth, charbon), de la craie, de la belladone, des bromures, parfois par l'alimentation.

— Elles sont *exagérées* ou *provoquées* par l'action des médicaments salins, par les légumes secs ou ceux contenant de la cellulose, par les épices, le vin, l'alcool et souvent par les mouvements, les efforts.

— En général, ces douleurs *s'accompagnent* de nausées, de renvois, très fréquemment de vomissements.

LES NAUSÉES surviennent surtout le matin, au réveil, souvent après les repas, ou après un effort. Depuis la sensation d'un mal au cœur léger jusqu'à un état nauséux permanent et pénible, s'accompagnant de pâleur et de sueurs mais, fait capital et paradoxal, n'empêchant pas le malade de se mettre à table *avec appétit*. [Obs. 41].

LES RENVOIS, fréquents, donnent l'impression de soulager la douleur, s'accompagnent d'acidité rétro-sternale et se terminent quelquefois par le rejet d'une gorgée de liquide brûlant.

LES VOMISSEMENTS, enfin, en général peu fréquents, épisodiques, le plus souvent tardifs, survenant à l'acmé de la douleur qu'ils calment plus nettement que les renvois. Ils sont très rarement alimentaires et presque toujours *aqueux*. [Obs. 41, 42].

Nous avons vu que, dans cette forme, malgré les vomissements et l'état nauséux, l'appétit était conservé, tandis que dans la forme hépato-vésiculaire, bien que les vomissements fussent exceptionnels, l'anorexie était très fréquente. Jamais nous n'avons observé, parmi nos malades, d'hémathémèses.

Ces douleurs tardives, avec leur cortège de nausées, de régurgitations acides et de vomissements aqueux font porter le diagnostic de *syndrome de Reichmann*, que confirme, ainsi que nous le verrons plus loin, la constatation radiologique très fréquente d'un spasme du pylore et de liquide d'hyper-sécrétion.

— Ces douleurs évoluent par *crises* groupées en *périodes* ⁽¹⁾ de quelques jours, dont l'ensemble répond à une poussée évolutive. ARBEIT avait bien observé l'évolution par poussées : « L'évolution des troubles gastriques se fait par crises séparées par des intervalles de santé parfois normale en apparence : c'est un point de ressemblance avec l'évolution des ulcères. On trouve souvent quelques semaines de crises séparées par des mois d'accalmie » (Arbeit, 1924, thèse, p. 23). Cette description a été critiquée par GUTMANN, qui ne nie pas l'évolution par poussées de la dyspepsie appendiculaire, mais refuse aux périodes douloureuses de l'appendicite à forme gastrique le rythme si particulier des crises de l'ulcère gastrique.

Nous croyons que cette distinction si justifiable pour essayer de reconnaître cliniquement les deux syndromes dyspeptiques et à laquelle la lecture de nos observations nous fait souscrire quant à l'absence du rythme dans la répétition des périodes douloureuses, ne doit pas faire perdre de vue l'existence dans la « dyspepsie hypersthénique appendiculaire » de caractères absolument communs avec la dyspepsie de l'ulcère, à savoir : *le début* des crises sans cause apparente, en particulier sans écarts de régime, ou même au cours d'un traitement médical qui paraissait calmer les symptômes ; *l'inefficacité du régime*. [Obs. 43, 42].

On conçoit donc que, pour des observateurs ne sachant pas analyser la périodicité avec toute la précision voulue, cette évolution par poussées puisse être confondue avec celle de l'ulcère duodénal et que le diagnostic différentiel entre l'ulcère et l'appendicite soit parfois très difficile.

Il est à noter la fréquence si souvent rapportée, ces dernières années, de l'association d'appendicite chronique et d'ulcus. MANHERT attribue même 66 % des ulcères gastro-duodénaux à l'appendicite chronique. Nous ne voulons pas développer ici ce chapitre pathogénique ; il est un fait, c'est

(1) Il doit être entendu que nous adoptons pour notre usage personnel la définition donnée par GUTMANN des « *crises* » des « *périodes douloureuses* », des « *poussées évolutives* » (in Syndrome Douloureux de la Rég. Epig., 2^e édit.). Dans la citation de la thèse d'ARBEIT qui suit, le contexte montre que cet auteur emploie le mot de « crises » dans le sens où nous utiliserons celui de périodes à la suite de GUTMANN.

que toute maladie capable de donner des ulcérations peut se retrouver dans l'étiologie des ulcus et que l'appendicite chronique y a sa place.

Nous croyons, à la faveur de nos observations, que si l'atteinte hépato-biliaire est très fréquente (comme le prouve notre statistique) l'association avec un ulcus est une rareté. Nous ne la nions pas, au contraire, puisque nous en citons une observation [obs. 46] et nous sommes persuadés « qu'à côté de faux ulcéreux par appendicite, qui sont légion, il y a de vrais ulcéreux avec appendicite ». BRODIN et Mme TEDESCO ont bien étudié, dans le « Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris » du 30 mars 1936, les ulcères gastroduodénaux d'origine appendiculaire, et MIYAGAWA K., dans le « Deut. Zeitschr. G. Chir. » de janvier 1936, p. 343, a fait des recherches expérimentales sur cette association.

A ces troubles gastriques s'associent des *troubles intestinaux*, toujours d'ailleurs à type de *constipation* [obs. 41, 42, 43, 44], ce qui les différencie des troubles intestinaux que nous avons rencontrés dans les formes coliques où l'alternance de diarrhées et de constipation est la plus fréquente.

Nous n'avons pas rencontré, comme dans la forme hépato-vésiculaire, où ils étaient si fréquents, les petits troubles vaso-moteurs et cardiaques qui impressionnent tant les malades. Les palpitations, les pouls rapides, les lipothymies y sont rares ; les petits frissons, les tremblements, les vertiges, les sueurs, peu fréquents.

*

**

De la lecture de toutes nos observations relatives à la forme gastrique, il découle que les malades demandent très rarement des conseils pour des troubles nettement classés et cependant, sinon tous, ont vu de nombreux médecins. Les uns ont une soi-disant dyspepsie nerveuse, les autres un estomac dilaté, d'autres encore une dyspepsie hyperchlorhydrique ou un ulcère de l'estomac, et tous gardent leurs malaises pendant des mois et des années, jusqu'au jour où une crise subaiguë ou aiguë vient faire penser à une appendicite, complique la situation et l'éclaire en même temps !!!

Nous avons vu les renseignements utiles que nous apporte

l'interrogatoire de nos malades : les crampes douloureuses épigastriques à irradiations vers l'ombilic et la F. I. D. à horaire tardif, s'accompagnant d'état nauséux avec conservation de l'appétit et de quelques vomissements aqueux ; la constipation et ce tout évoluant comme un syndrome ulcéreux.

Ces malades se présentent à l'EXAMEN PHYSIQUE amaigris, pâles, avec une langue sale.

— *La région épigastrique*, dont ils se plaignent si souvent, spontanément est normale, pas d'hyperesthésie, pas de défense, on ne réveille pas de douleur à son niveau.

— *La région de l'hypocondre droit* est rarement douloureuse.

— Par contre, *l'examen de la fosse iliaque droite* retiendra toute notre attention et nous suivrons plus que jamais, à cette occasion, les conseils que GUTMANN nous donne dans « L'Hôpital » de mai 1922. Nous développerons, tout au long, ces manœuvres au chapitre du diagnostic positif.

Notons tout de suite que chez ces dyspeptiques, la F. I. D. est très souvent sensible, parfois excessivement douloureuse et que, fait capital, la douleur épigastrique apparaît au moment de cette exploration, en même temps que le faciès du patient devient pâle et que la nausée est réveillée ou accentuée.

Nous avons peu fait de *tubages gastriques*, car ces manœuvres, pénibles, ont perdu beaucoup de leur intérêt, mais nous avons lu les travaux de REPETTO sur « les modifications du suc gastrique dans l'appendicite chronique » (*Reforma Med.*, 24 octobre 1936) et nous savons que presque toujours, on trouve chez nos dyspeptiques appendiculaires une légère hyperchlorhydrie.

Les examens de *sang* ne nous ont rien donné de particulièrement intéressant, si ce n'est un certain degré de mononucléose.

Enfin, *l'examen radiologique*, dont nous verrons plus loin le grand intérêt diagnostic, montre très souvent un estomac hypertonique présentant des contractions antipéristaltiques violentes, avec du liquide d'hypersécrétion à jeun et un spasme précoce du pylore.

Tous ces signes trahissent simplement une irritation secondaire de l'estomac, mais, en leur présence, on doit

penser, chez tout dyspeptique hypersthénique, à l'appendicite.

Nous verrons plus loin comment on peut étayer le diagnostic d'appendicite chronique, mais nous venons de souligner déjà comment l'interrogatoire et l'examen physique et radiologique peuvent faire penser à l'inflammation chronique de cet organe devant un tableau de dyspepsie hypersthénique.

CHAPITRE IV

LES ELEMENTS DU DIAGNOSTIC POSITIF DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

Toutes les formes que nous venons d'étudier ont, en commun, deux caractères :

— *La notion de poussées évolutives*, mise en évidence pour le diagnostic de l'ulcus duodénal par GUTMANN, doit être également retenue pour les appendicites chroniques avec les caractères différents bien mis en évidence par ce même auteur. Comme on le voit à la lecture de nos observations, il s'agit de malades dont les symptômes sont soulagés en apparence, par une médication tantôt de type cholérétique, tantôt sédative, comme le bismuth.

On est frappé de ce que ces médicaments ayant calmé jusqu'alors, tantôt un syndrome vésiculaire, tantôt un syndrome gastrique de douleurs tardives, deviennent brusquement inefficaces et *sans raison apparente* [obs. 2, 14, 15].

Le fait est très net dans les formes vésiculaires, où l'accentuation des symptômes apparaît sans que survienne un écart de régime et dans les formes avec constipation où, brusquement, la quantité de laxatif quotidiennement utilisée par le malade, pour pallier à sa constipation, devient inefficace [obs. 34].

Ce sont ces deux caractères : *poussées évolutives* avec, comme corollaire, l'objectivant aisément, *inefficacité soudaine d'une médication jusque-là compensatrice*, qui doivent inciter à rechercher les symptômes *cliniques et radiologiques* qui permettent de poser le diagnostic d'appendicite devant un des trois syndromes fondamentaux que nous avons décrits :

I. -- Examen clinique

Tout l'examen doit graviter autour de la *fosse iliaque droite*, qu'il faudra explorer à fond. Nous y rechercherons le point douloureux maximum, ce « point appendicalgique ». Il a été découvert voilà près d'un demi-siècle par Charles Mac BURNEY, chirurgien consultant du Roosevelt Hospital, qui le décrivait ainsi dans un article sur « l'intervention précoce dans les cas de maladies de l'appendicite vermiciforme », paru dans le « New York Medical Journal » du 21 décembre 1889 :

« Je crois que, dans tous les cas, le signe de la plus grande douleur, déterminée par la pression d'un seul doigt, est situé exactement à un pouce et demi ou deux pouces de l'épine iliaque ant. sup. sur une ligne tirée de cette épine à l'ombilic ».

Actuellement, en lisant les manuels classiques de chirurgie, on s'aperçoit que le point de Mac BURNEY sert toujours à désigner le point douloureux appendiculaire, mais qu'il est repéré par le milieu de la ligne spino-ombilicale. Comme le fait remarquer LEJARS, bien que le point de Mac BURNEY, français, soit topographiquement en désaccord avec celui décrit par l'auteur américain, il conserve toute sa valeur-diagnostic.

Il est bien le siège de la douleur, quoique ne répondant pas exactement au siège de l'organe lésé. Albert BAUDET a brillamment exposé l'historique du point de Mac BURNEY et son étude sur le mécanisme de la douleur appendiculaire est pleine d'intérêt (Monographie anatomique : Le 12^e nerf dorsal, Thèse Baillière, 1937).

Soulignons que la description de l'auteur se rapporte à l'appendicite aiguë, mais que ses remarques sont valables pour l'appendicite chronique et que, sans chercher à discuter l'origine exacte de la douleur provoquée (douleur viscérale, douleur péritonéale, douleur pariétale), on peut dire que l'étude de ces points sensitifs est plus facile dans l'appendicite chronique que dans l'appendicite aiguë ; la réaction péritonéale n'existant pour ainsi dire pas.

Avant de rechercher le point douloureux, on doit apprécier, par une palpation symétrique, faite à petits coups,

avec la pulpe des doigts, la dépressibilité plus ou moins grande des deux fosses iliaques. On constatera qu'elle est presque toujours diminuée du côté droit.

Puis on recherchera la douleur à la palpation dans la fosse iliaque droite, méthodiquement, de bas en haut, et on pourra presque toujours délimiter *quatre zones* :

— L'une immédiatement sur pubienne, habituellement indolore.

— L'autre, répondant à la région de Mac BURNEY (Topographie française) : on y recherchera la douleur par rapport au cæcum, ce qui est, en général, assez aisé, celui-ci étant fréquemment spasmodique, partant délimitable.

— Une troisième, répondant à la partie moyenne du côlon droit, beaucoup moins sensible.

— Une quatrième enfin, sous le rebord costal, région aussi importante que la région de Mac BURNEY, avec la recherche si souvent positive du signe de Murphy.

On complètera cette étude de l'hémi-ventre droit en demandant au malade d'élever la cuisse, jambe tendue, ce qui permet aisément de délimiter le psoas et de localiser, par rapport à ce muscle, le point douloureux.

La contre-épreuve du côté gauche permettra d'éliminer les points artériels et, pratiquement, la constatation d'un point douloureux bien précis et répété, au croisement du psoas et du bord interne du cæcum, permettra d'affirmer l'existence de l'atteinte appendiculaire.

Quand cette douleur élective existe — et après avoir pensé, pour les éliminer, à la douleur qu'on peut rencontrer chez la femme à l'approche des règles ou chez un constipé — la principale erreur de diagnostic sera due à la douleur provoquée par une lésion urétérale.

A. et P. AUGIER ont insisté, aux Assises franco-italiennes, organisées à Nice en mai 1936 par la « Médecine Générale Française », sur cette cause d'erreur due aux points douloureux urétéraux, si souvent méconnus.

Enfin, si la douleur que révèle l'examen déborde sur le cæcum et le côlon, rendant tout l'hémi-ventre sensible, il faut, comme le conseille GUTMANN, ne pas se presser et établir, avant de conclure, un traitement d'épreuve n'ayant qu'un but diagnostic. Il conseille de mettre le côlon au repos et de combattre la constipation par un régime végé-

tarien et de la paraffine. Il y adjoint un désinfectant léger, non irritant, comme le « cryptargol ». Après deux semaines, on repalpe la région appendiculaire, qui est souvent alors électivement sensible, la douleur due à la colite et à la typhlite ayant disparu.

Nous nous contentons de mettre nos malades à un régime mixte, non toxique, et au bismuth ; nous y adjoignons de l'huile de ricin à petites doses, en cas de constipation.

A côté des causes d'erreur en plus, dues à des points douloureux, non provoqués électivement par l'appendice, nous insistons sur les causes d'erreur en moins, liées à l'absence de « l'appendicalgie ».

En effet, la lecture de nos observations permet de voir que, très souvent, *la fosse iliaque droite n'est pas sensible*, bien que l'appendice soit réellement enflammé chroniquement. Cette cause d'erreur peut être due à une position anormale de l'appendice, qui peut être pelvien ou rétro-cæcal, ou à l'absence de toute douleur appendiculaire.

Nous n'insisterons pas sur la manière de reconnaître les appendicites pelviennes ou rétrocæcales, qui est exposée dans tous les traités classiques, mais nous rappellerons à ce propos tout l'intérêt du toucher rectal et du toucher vaginal, sur la valeur desquels on a tant insisté, et à juste titre, ces dernières années.

Nous avons noté que, lors du toucher rectal, que nous pratiquions chez presque tous nos malades, la douleur était perçue quand le bout du doigt accrochait la « dernière valvule rectale semi-circulaire droite ».

Cependant, l'appendice peut être en position normale, mais pathologique et, malgré tout, non douloureux.

C'est là, à notre point de vue, une cause d'erreur fréquente et difficile à éviter. C'est la conviction que nous avons, que les syndromes cliniques rencontrés, cholécystite, syndrome de Reichmann, colite chronique inexpliquée, pouvaient être dus à l'inflammation de l'appendice, même non sensible, qui nous a amené à chercher à *faire apparaître le « point appendicalgique » jusque-là inapparent*.

Dans ce but, on administre au malade, pendant une dizaine de jours, une médication saline, légèrement irritante pour le cæcum, et qui permet de rendre positives les manœuvres d'exploration physique que nous venons de décrire.

Ainsi, on a pris l'habitude de conseiller deux périodes de traitement :

— L'une irritante (saline).

— L'autre sédative (carbonate de Bi)

aux malades soupçonnés d'appendicite chronique, et de les examiner à la fin de chaque période.

En examinant ainsi les malades, on aura exploré convenablement leur fosse iliaque droite et si on veut être encore plus complet, on pourra rechercher tous les points douloureux qui foisonnent dans les descriptions de l'appendicite chronique, point de Lanz, de Morris, de Sonnembourg, etc. Nous conseillons plutôt, surtout dans les formes vésiculaires, de rechercher le *point phrénique droit*, assez souvent retrouvé, et le signe du « *soulier* » décrit par MOUTIER. Celui-ci consiste à « placer le pied droit du malade bien à plat, sur un tabouret, de façon que la cuisse soit sensiblement à angle droit sur le bassin ; on l'invite alors à plier assez brusquement le tronc sur la cuisse en portant — pour la commodité de la manœuvre et la précision du geste — les deux mains au soulier, ainsi que l'on est accoutumé de le faire pour en nouer le lacet. On pratique cette manœuvre à gauche d'abord, puis à droite ».

Les procédés d'exploration clinique étant épuisés, la douleur ayant été bien localisée au bord interne du cæcum, il ne nous restera plus qu'à faire apparaître les signes de contrôle radiologique que nous allons exposer, et qui signeront le diagnostic d'appendicite chronique.

II. -- Examen radiologique

Il est inutile d'insister sur l'importance de l'examen radiologique dans l'appendicite chronique, surtout dans les formes à symptomatologie d'emprunt (qui nous occupent) et qui éloignent si souvent de cet organe, encore plus dans les cas si nombreux où la fosse iliaque droite est cliniquement indolore.

D'ailleurs, en employant une bonne technique, les radiographies d'appendice donnent des indications très utiles, jamais décevantes, à condition de savoir bien les interpréter et, comme pour la clinique, de prendre un faisceau de signes radiologiques.

FINSTERBUSCH et GROSS (Arch. F. Klin. Chir., 1931), sur 265 appendicectomies radiographiées, ont constaté 229 concordances parfaites entre l'examen radiologique et la pièce opératoire. De plus, dans 23 cas, *seul* l'examen radiologique assura le diagnostic. On voit, par ces chiffres, toute l'importance de cette épreuve.

JACQUET et GALLY, au Congrès de Plombières, 1935, ont résumé les renseignements fournis par l'examen radiologique au cours de l'appendicite chronique.

La technique exposée ci-après (Dr PASCHETTA) a pour but :

1° De préciser le siège justa-cæcal du point douloureux.

2° Accessoirement, de donner un aperçu de l'appendice lui-même.

3° D'apporter des renseignements sur la motricité de la région iléo-cæcale.

4° De contrôler l'état de la tonicité du gros intestin, en général, et de la région cæcale en particulier.

TECHNIQUE. — On fait prendre au malade, à 1 heure du matin, la potion suivante :

Novobar Merck	150 gr.
---------------------	---------

Eau, Q. S. P.	300 gr.
--------------------	---------

et on l'examine à 9 heures du matin.

Ou bien, ingestion du repas opaque à 9 heures du matin, contrôle à 17 heures. Cette dernière technique étant quelquefois plus commode pour le malade et permettant un contrôle dans des conditions plus physiologiques. En examinant les malades, 8 heures après, les dernières anses iléales doivent être évacuées depuis deux heures au moins.

Nous allons étudier les signes directs, au niveau de l'appendice, puis les signes indirects à distance, qui, de beaucoup, sont les plus importants.

I. — SIGNES DIRECTS.

Le seul réellement intéressant est *la recherche du point douloureux* radiologique, qui doit se trouver à la base d'implantation de l'appendice, parfois à la pointe de celle-ci.

Le repérage de ce point douloureux doit surtout être fait cliniquement, par la palpation sous écran ; en effet, la manœuvre qui consiste à apposer un repère métallique sur

la région à délimiter, même en centrant avec beaucoup de précautions, puis à tirer un cliché, montre trop souvent des écarts topographiques de quelques centimètres, entre l'image opaque du point douloureux et la région présumée de l'appendice (ce qui tient au déplacement du cæcum, du malade, ou à la modification de pressions sur la paroi, pour placer le repère).

Pour BEJUL et HOLST (le « radio-diagnostic de l'Ap. ch. », 1936), l'absence d'injection de l'appendice peut être interprétée comme pathognomonique d'une appendicite chronique, de même qu'un remplissage incomplet et que la diminution de la mobilité appendiculaire.

Il nous semble que la non injection de l'appendice n'est pas un symptôme contre le diagnostic d'appendicite chronique et très nombreux étaient nos malades qui avaient un appendice parfaitement visible et de teinte homogène, quoique pathologique.

Enfin, de nombreux auteurs, ORLEY (Brit. Journ. Radiol., août 1935), HURST (Guy's Hospital Reports, 1922), FEDDER (Beitz. Z. Klin. Chir., déc. 1928) ont étudié toutes les déformations de l'appendice. Ils ont attaché plus ou moins d'importance aux coudures, à la longueur, aux images tachetées, à la présence de corps étrangers, à la lenteur de l'évacuation (GILBERT).

ORLEY, en particulier, a bien étudié les types de fixation de l'appendice aux organes voisins, soit que son extrémité soit fixée au plancher pelvien, soit à la paroi du cæcum.

Pour nous, tous ces signes locaux, *sauf le point douloureux radiologique*, sont des signes mineurs et nous attachons beaucoup plus d'importance aux troubles du transit.

L'incisure spasmodique de JACQUET (en regard de l'appendice) et l'étude de la mobilité du cæcum sous l'écran (en le latéralisant soit à la palpation, soit en inclinant le malade), nous paraissent aussi dépourvues d'un grand intérêt diagnostique.

Nous attachons, par contre, une importance capitale aux signes à distance dus, pour OPPENHEIMER (Fortschr. a. d. Roentgenstr., 1931) à des phénomènes réflexes ou à des adhérences et à l'étude du « comportement digestif du tractus

digestif plus facile à déceler, comme le dit si justement CARNOT, que les altérations de l'image appendiculaire elle-même ».

II. — SIGNES INDIRECTS.

Ils ont été signalés par HAAS et FRAIKIN, et parfaitement étudiés par JACQUET et GALLY (Bull. de la Soc. Méd. Hôp. Paris, fév. 1931), POREAUX et LENGLADE.

1° *Le retard du transit iléo-cæcal à la 8^e heure.* — Chez nos appendiculaires, le transit iléo-cæcal est presque constamment retardé et les dernières anses grêles sont encore encombrées à la 8^e heure, alors qu'elles devraient être évacuées depuis au moins deux heures. De plus, ces anses sont un peu distendues et séparées les unes des autres (FEDDER).

2° *Accélération du transit colique.* — Si le transit est retardé au-dessus de l'implantation de l'appendice (région iléale), par contre, il est accéléré au-dessous d'elle (région colique). La tête de la colonne opaque atteint souvent, en effet, dès la 8^e heure, le descendant et même l'ampoule rectale.

La coexistence d'une STASE ILÉALE et d'une ACCÉLÉRATION PARADOXALE DU TRANSIT COLIQUE est, pour nous, un signe de très grande présomption, en faveur d'une appendicite chronique (ou de toute autre lésion, d'ailleurs, de la région iléo-cæcale).

L'appendice pathologique se comporte comme un chef de gare capricieux qui retarde les convois en amont et précipite leur course en aval.

3° HURST a décrit, en plus de la stase iléo-cæcale, la stase rectale ou « Dyschesie » ; nous ne l'avons pas rencontrée ; par contre, souvent, nous avons observé l'aspect asystolique du gros intestin distendu, initialement spasmé dans sa portion cæcale et une *stase cæcale très prolongée* (36^e heure).

4° Enfin, on fait de nouveau prendre au malade 150 gr. de Novobar dilué dans 300 cc. d'eau et on examine son estomac.

On constatera que, très souvent, il est hypertonique et surtout on pourra fréquemment noter un *spasme précoce du pylore*, signe auquel nous attachons une réelle valeur, car, maintes fois, en effet, c'est lui, et lui seul qui, devant un

syndrome gastrique inexpliqué, nous a fait penser de rechercher, à juste titre, la cause du mal au niveau de l'appendice.

BRODIN et Mme TEDESCO (S. M. H., 1936) ont étudié les spasmes duodénaux chez les dyspeptiques. Pour eux, le plus important est celui du « genu inferius ». Ils prétendent que ce spasme a, par lui-même, une réelle valeur diagnostique et que, lorsqu'il existe avec netteté, il permet soit de rattacher à une origine iléo-cæcale les troubles dyspeptiques observés, soit de poser le diagnostic d'appendicite chronique, dans l'intervalle des crises, alors que l'absence du point douloureux appendiculaire rend ce diagnostic délicat.

Nous voyons donc que le diagnostic d'appendicite chronique — que celle-ci se camoufle sous une forme vésiculaire, gastrique ou colique, ou même que la fosse iliaque droite soit complètement indolore — pourra être posé grâce à l'examen clinique et radiologique, surtout si nous connaissons bien l'histoire digestive des trois grands syndromes que nous avons décrits.

CHAPITRE V

SEQUELLES

Comme nous venons de voir, l'appendicite chronique est la cause d'altérations secondaires d'autres organes (foie, vésicule biliaire, estomac, côlon), directement ou par l'intermédiaire de la séreuse péritonéale.

Il sied par conséquent de procéder à temps à l'appendicectomie si l'on veut éviter des séquelles importantes souvent très persistantes.

Chez l'enfant, l'inflammation chronique de l'appendice est récente et n'a pas eu le temps d'exercer une grosse influence sur le tube digestif ; aussi, voit-on les troubles disparaître toujours après appendicectomie ; réserve faite de l'apparition, après un intervalle libre de 6 à 12 mois, de troubles digestifs signant une *périviscérite* qui porte presque toujours sur la région iléale.

Il n'en est pas de même chez l'adulte où les séquelles sont très fréquentes.

1° Nous avons déjà vu qu'on peut prédire aux malades présentant une appendicite chronique à forme *hépato-vésiculaire* des séquelles importantes durant de 6 mois à 1 an, parfois 2 ans, et nous citons nombre d'observations [obs. de 24 à 31] de malades opérés, soulagés et venant consulter 18 mois à 2 ans après pour des troubles vésiculaires.

Il est donc intéressant de poser le diagnostic d'appendicite chronique, mais surtout de bien voir l'indication des troubles appendiculaires et hépato-vésiculaires pour pouvoir *prédire au malade*, avant l'intervention, les suites souvent troublées et surtout pour pouvoir *traiter et guérir* une cholécystite qui aurait tendance à évoluer pour son propre compte et que, avant l'opération, on ne pouvait soulager que temporairement.

Appuyés sur nos observations, nous pensons, avec le Docteur GIOIA, de Pavie, que les résultats défavorables qui sont souvent, dans cette forme, imputés à l'intervention elle-même ou à la manière dont elle a été faite, devraient l'être surtout à une *indication opératoire incomplète* : « il n'est pas douteux, en effet, que devant des altérations concomitantes, une intervention unilatérale ne puisse guérir ».

Il faut donc, avant l'opération, rechercher minutieusement l'insuffisance hépatique et les troubles de la vésicule biliaire (bilirubinémie, radiographies), préparer l'acte opératoire (cure de Vichy) et 10 jours après l'intervention, établir un traitement cholérétique salin et un régime pendant plusieurs mois.

2° BERGERET et CAROLI ont bien étudié les séquelles des appendicites chroniques à forme *colique* : pour eux la *douleur* abdominale disparaît très rapidement et la première en date, puis les *nausées* et la *céphalée* suivent ; enfin la *constipation* est de beaucoup la séquelle la plus difficile à vaincre. Tandis que chez l'homme elle disparaît assez facilement, chez la femme elle persiste longtemps.

D'ailleurs, quand après appendicectomie l'amélioration du transit se produit, elle survient avec une rapidité qui évoque plutôt la notion d'une action réflexe, comme si la lésion appendiculaire constituait une sorte d'épine irritative.

Quant à la forme diarrhéique de l'A. C. (qui est d'ailleurs rare), elle guérit parfaitement après appendicectomie, et une diarrhée qui persiste après l'opération est la preuve qu'elle n'était pas occasionnée par l'inflammation de l'appendice, ou que les altérations intestinales ont pris une autonomie qui résiste à la thérapeutique chirurgicale, conception admise par certains auteurs, mais à laquelle nous ne nous associons pas.

D'où le grand intérêt de rechercher, par un interrogatoire minutieux, « la précession plus ou moins lointaine de crises appendiculaires franches, d'abord isolées de tout symptôme colitique, puis se compliquant progressivement de stigmates entéritiques » ; mais très souvent la preuve ne nous en sera donnée que par les suites opératoires.

3° Les formes d'appendicite chronique à forme de *dyspepsie hypersthénique* guérissent radicalement après intervention. Les crampes, les vomissements aqueux disparaissent

aussitôt. Les séquelles d'appendicectomie pour syndrome gastrique qui ont été décrites par EURIQUEZ (communiqué à l'Académie de Médecine, 16 mars 1920) et par ARBEIT (thèse 1924) sont dues pour ces auteurs à l'épiploïte, à des adhérences ou à des erreurs de diagnostic. Il est bien évident que si la cessation des troubles n'est pas immédiate, on devra *rechercher minutieusement une lésion organique gastrique ou duodénale*.

Après l'étude des séquelles des trois grands syndromes que nous avons décrits, nous citons la statistique que le Docteur PRAT, de Nice, publiait il y a deux ans dans le *Journal de Médecine Générale* de mai 1936, page 324.

— Sur 199 opérés, les « *troubles du foie* » existaient chez 107 malades : 33 d'entre eux les conservèrent ; 17 les virent diminués.

— Les *troubles d'estomac* sont signalés 138 fois (avec les nausées), ils persistèrent 18 fois, s'atténuèrent 23 fois.

— La *constipation* existait dans 143 cas ; elle a persisté 39 fois et a diminué 25 fois.

— La *diarrhée* était plus rare ; signalée 46 fois, elle disparut, sauf dans 3 cas et s'atténua dans 8 autres.

On voit, par les chiffres de cette statistique faite par un chirurgien deux ans auparavant, la fréquence très grande de séquelles hépato-vésiculaires et la persistance de moins en moins importante de la constipation, de la diarrhée et des troubles gastriques.

Quant aux *troubles psychiques*, ils persistent parfois longtemps et nous citons l'observation n° 47, où L..., après une période de rémission de deux ans, rechute à la suite d'un accouchement (l'appendicite chronique n'est en effet qu'une épine irritative sur un terrain qui seul explique ces troubles nerveux).

Par contre les *troubles menstruels*, liés si fréquemment à l'appendicite chronique, s'améliorent et disparaissent souvent.

Nous ne saurions donner d'autres conclusions à ce chapitre que la citation du vœu émis à la dernière séance des « Assises Franco-Italiennes », tenues à Nice les 5 et 6 avril 1936, où fut mise au point l'étude des suites éloignées des appendicites chroniques opérées :

« La qualité de la guérison dépend de la qualité du diagnostic et de la thérapeutique. Tout appendice en cause doit être opéré aussi précocement que possible. Les manifestations du « flanc droit chronique douloureux » diminuent de fréquence dans les régions où, depuis trente ans, est mis en pratique le précepte de Dieulafoy ».

OBSERVATIONS

I. -- FORME HEPATO-VESICULAIRE

OBS. I. — Mlle F. Ram..., 20 ans.

Est examinée, pour la première fois, le 19 janvier 1933, pour des crises douloureuses siégeant au creux épigastrique, entraînant des vomissements sans élévation thermique.

Le premier examen a lieu une heure après la cessation d'une crise. On ne trouve pas de point douloureux abdominal, en particulier appendiculaire ; trois jours après, sous le rebord costal droit, constatation d'un *point vésiculaire* très net. Quinze jours après, les douleurs se sont reproduites à plusieurs reprises. Elles sont diffuses dans tout l'abdomen, avec irradiation dorsale médiane et à la base de l'hémi-thorax droit.

Examen radiologique (Dr PASCHETTA) : Spasme pylorique au début de l'évacuation gastrique.

L'examen de la région appendiculaire, fait vers 7 heures 1/2 après l'ingestion de baryte, montre d'après le compte rendu :

— Plus de trace de substance opaque dans l'estomac.

— Le grêle est dessiné sur ses 4 et 5 derniers centimètres.

— Appendice très visible, bien injecté, non douloureux à la pression

— Le cæcum ascendant a une segmentation australe normale. Ses bords sont nets et réguliers. Cependant, douleurs diffuses à la pression de la région appendiculaire.

Dosage de la *bilirubine* dans le sérum sanguin : 0 gr. 010.

Elle est opérée par le Dr CARTOTTO, le 19 mars. Le chirurgien fait une grande incision dans la région appendiculaire, qui permet de trouver un gros et long appendice latéro-cæcal. On découvre avec une valve la région vésiculaire et l'on voit une vésicule à paroi blanchâtre, épaissie, sans calcul à l'intérieur et sans adhérence.

Examen histologique (Dr DAUMAS) : lésions de folliculite extrêmement nettes ; larges plaques d'infiltration polynucléaire de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

Suites opératoires. — Du mois de mars au mois de juillet, la malade a quelques petites crises douloureuses abdominales, beaucoup moins intenses qu'avant son intervention. Il est conseillé une cure à Vichy.

Revue le 11 novembre, la malade a fait une cure à Vichy ; depuis cet été, plusieurs selles par jour avec de la diarrhée. Durant son séjour à Paris, au début de l'été, elle a fait quelques excès alimentaires et depuis lors, se sont installés des troubles intestinaux. Elle n'a pas maigri. Région vésiculaire indolore, abdomen souple. Malade soumise au Fluobyl et au Pancrinol.

Revue après 20 jours de ce traitement, elle a gardé les mêmes malaises : digestions difficiles et longs renvois sans goût. On essaie alors la Pambiline à dose très modérée, puis le Chophtol par la bouche et en injections intra-veineuses. La malade est mise alors au traitement de cholagogues beaucoup plus doux et à l'huile d'olive. Elle ne peut supporter l'huile et a une crise violente dans la nuit du 26 janvier 1935, caractérisée par une douleur sous-scapulaire droite. Les selles sont décolorées ; les urines sont sans couleur et la malade ne présente pas trace de subictère.

Revue en février 1938, la malade a pris du poids, ne souffre pour ainsi dire plus de la région vésiculaire. Vie active, bon état général.

OBS. II. — Mlle C..., Grasse.

Vient consulter le 5 août 1937.

Interrogatoire : Long passé digestif caractérisé par trois types de douleurs :

1° Douleurs sous l'*hypocondre droit* avec irradiations postérieures et vers l'omoplate droite.

2° Douleurs à type de *crampes* distinctes des précédentes, au creux épigastrique.

3° Douleurs dans le *flanc droit*, plus récentes comme date d'apparition.

Elle se plaint également de renvois aigres le matin ou vers 16 heures et d'une constipation déjà ancienne.

Ces troubles ont une *évolution capricieuse* et bien qu'améliorés par une médication cholérétique, ils ne semblent jamais complètement guéris par elle. On suppose donc qu'il s'agit d'une cholécystite entretenue par une épine irritative.

A l'*examen*, on trouve un point douloureux sous le rebord costal droit. La région épigastrique n'est pas sensible.

A la palpation de la F. I. D., on trouve sur le bord intérieur du cæcum un point douloureux confirmé par la contraction du psoas. Ce point douloureux paraît être constant, car les observateurs qui ont vu cette petite malade, Dr d'Élnitz (il y a quelques années) et Dr Pruvost (il y a quelques semaines), y ont attiré l'attention de la malade. Enfin ce point douloureux semble confirmé par les douleurs irradiées dans la racine de la cuisse droite et surtout par les résultats du T. R., qui montre un utérus médian mobile et parfaitement indolore, mais qui réveille une douleur très vive s'accompagnant de *phénomènes vaso-moteurs* intenses au niveau du visage, quand le doigt rectal va à la ren-

contre de la main abdominale qui palpe la F. I. D., alors qu'à gauche la jeune malade n'éprouve aucune sensation pénible. Elle précise d'ailleurs que chacun des examens médicaux qu'elle a subis l'a fait souffrir ultérieurement.

Le 24 juin 1930, un premier *examen radiologique* confirme le siège du point douloureux au niveau de l'appendice.

Il montre un retard de l'évacuation gastrique et une légère stase iléale (dont on ne peut préciser le mécanisme, étant donné le trouble de l'évacuation gastrique). Stase cæcale persistant après 31 heures.

La malade est envoyée à Vichy et à son retour, elle fait faire un *examen des selles* (Dr CHAUDON) qui ne présente aucun caractère coprologique important, mais dénote un léger degré de putréfaction intestinale.

Un deuxième examen radiologique est pratiqué (Dr PASCHETTA), suivant notre technique ; il montre :

1° Une insensibilité de la région appendiculaire.

2° Un transit normal en apparence à la 8^e heure et de nouveau une stase cæcale de 32 heures.

3° Segmentation haustrale normale. La malade est opérée (décembre 1937) : appendice long tordu vers la pointe, en position normale. Quelques adhérences vélamenteuses.

Depuis l'opération, la malade ne souffre plus (elle a eu cependant quelques douleurs dans l'hypocondre pendant un mois). Elle a pris du poids et mène une vie normale.

OBS. III. — Mlle D...

Vient consulter pour des sensations de pesanteur sous l'hypocondre droit, survenant depuis un an et s'accroissant par moments au point de revêtir le caractère de crises hépatiques. A chaque crise, elle a une impression de douleur au côté droit, de digestion pénible, un état nauséux et une température à 38°5-39°.

Au cours de la dernière crise, qui a commencé un matin vers 10 heures, elle a vu son malaise s'accroître vers 17 heures : impression de lipothymies et petite crise nerveuse ayant nécessité son admission dans un service spécialisé, où elle a été mise à la diète, une vessie de glace sur la tête.

Il est à noter qu'il y a 5 ans, après le surmenage d'un examen, elle a eu de petits troubles nerveux (tendances à perdre connaissance, à crier, à pleurer). Ils ne s'étaient pas reproduits depuis.

Dans ce service, le Dr Cossa l'a traité comme un vésiculaire.

L'*examen* de la malade montre un abdomen souple, vésicule indolore ; le cæcum est un peu spasmodique et pas du tout gargouillant ; on délimite cependant son bord interne, où il existe un point douloureux discret. L'élévation de la jambe est bloquée. Le T. R. ne permet pas de sentir un point douloureux.

Examen radiologique (Dr Le Cocq) :

— Spasmes du pylore.

— Retard du transit iléo-cæcal et accélération du transit colique.

— Point douloureux appendiculaire.

Cholestérinémie : 2 gr. 10.

Bilirubinémie : 30 mmgr.

Appendicectomie le 15 décembre 1936, à Besançon.

Compte rendu opératoire. — « A l'ouverture du péritoine, un peu de sérosité claire ; cæcum mobile rempli de matières dures. Appendice très grêle, sclérosé dans toute sa longueur, avec un petit point plus vascularisé à l'extrémité distale. Pas de ganglions dans le méso. Fermeture de la paroi en trois plans sans incident ».

Compte rendu histologique (Dr Daumas) en faveur d'une appendicite chronique.

Suites opératoires. — Depuis l'opération, elle a des troubles des règles à type de retards. Il est à noter que la malade a été réglée tardivement à 16 ans et toujours irrégulièrement.

A l'examen, l'utérus est petit, insensible, tel qu'on peut l'apprécier par le toucher rectal.

Elle n'a plus de crises douloureuses, mais l'appétit est diminué ; la constipation persiste comme avant l'opération.

Des examens de laboratoire sont pratiqués :

Métabolisme de base : moins de 17 %.

Cholestérine : 1 gr. 60.

Bilirubine : 30 mmgr.

Au mois d'août 1937, la malade est revue. La constipation a cédé ; les douleurs ne sont point revenues. Elle n'a plus présenté de crises nerveuses.

En résumé, les crises douloureuses à type vésiculaire paraissent avoir disparu, avec amélioration du syndrome humoral et disparition de la constipation.

OBS. IV. — H... Odette, 46 ans, vendeuse.

Vient consulter le 5 novembre 1936 pour des douleurs du carrefour sous-hépatique.

Elle a commencé à souffrir dans le domaine digestif il y a 5 ans (digestions lentes) et depuis 3 ans, syndrome de colique hépatique assez net avec, depuis juillet 1936, apparition d'angoisses et de douleurs précordiales.

Actuellement, accentuation des crises vésiculaires.

Depuis un mois, crises presque subintrantes pendant 8 jours, dont la dernière a duré une huitaine d'heures. La douleur siège sous l'hypocondre droit avec irradiations variables dans le dos et l'épaule. Diarrhées post-prandiales, souvent après le café au lait du matin. Amaigrissement de 7 kilos en 3 ans.

A l'examen : signe de Murphy assez net. Le foie est, dans son ensemble, plus sensible que la vésicule biliaire. La F. I. D. n'est pas douloureuse ; les anses intestinales paraissent encombrées,

surtout l'angle colique gauche, malgré une selle quotidienne, aux dires de la malade.

Le 19 février 1936, elle revient pour une crise douloureuse aiguë au niveau de l'hypocondre droit.

A l'examen, le grand droit est contracturé en regard de la vésicule biliaire. Le cæcum, fait nouveau, est spasmé et douloureux sur son bord interne.

Urines normales.

Examen du sang : G. R. : 4.180.000 ; G. B. : 12.320. Poly : 75. Lympho : 23. G. M. : 1,5. Eos. : 0,5.

Appendicectomie le 24 novembre 1936 : appendice épais.

La lumière est remplie de débris divers et de mucus. La muqueuse est enflammée chroniquement, de même la sous-muqueuse. En un point on observe une large cicatrice provenant d'une ulcération ancienne. La paroi de l'organe n'est plus représentée que par la musculature amincie (Dr DAUMAS).

OBS. V. — Mme L..., 37 ans.

Vient consulter pour douleurs survenant au *creux épigastrique* et s'irradiant sous le rebord costal droit jusque dans la région vésiculaire. Ces douleurs surviennent dès le petit déjeuner du matin, durent toute la matinée, reviennent après le repas de midi, durent jusqu'au soir (elle se met à table souffrant encore), mais le soir en se couchant à 9 h. 1/2, ces douleurs diminuent et elle dort.

Ces douleurs sont continues, mais coïncident surtout avec l'hiver. Le *froid* lui donne des douleurs diffuses dans tout le ventre. Elle a remarqué qu'elle se porte mieux en été, mais est plus jaune en hiver. L'exposition des mains au froid donne un aspect rouge violacé et sensation de brûlures jusqu'au cœur, avec douleurs irradiées vers le cœur. Au réveil, elle signale qu'elle a les mains mortes.

Les premiers malaises sont apparus, il y a dix ans, en 1928 : elle fait un épisode de douleurs abdominales sous le rebord costal droit avec vomissement. Les crises douloureuses surviennent deux fois par jour, dans l'après-midi, de 14 heures à 17 heures, et également pendant la nuit.

Opérée par DELORE, à Lyon (sans radiographie). L'indication opératoire a dû paraître rapide, car elle a été opérée 48 heures après son entrée à l'hôpital. Ablation d'un gros calcul.

Cholécystectomie, pas d'appendicectomie.

Après sa sortie de l'hôpital, elle a commencé (un mois après) à souffrir sous le rebord costal gauche et souffre depuis 10 ans, avec exacerbation au froid, comme nous l'avons dit. Le caractère des douleurs a changé seulement depuis un an.

Examen clinique. — Appareil circul. : T. A. : 12-9. Pouls : 76. Roulement présystolique.

Rate non augmentée de volume à la percussion.

Foie augmenté de volume (1 à 2 travers de doigt), mais à peine de consistance ; souple, on le palpe aisément. Signe de Murphy très positif.

Cæcum contracté ; au bord interne, dans la région appendiculaire, *point douloureux*, accentué par l'élévation de la jambe.

Toucher vaginal : col en « lèvres de « tapir », ulcération centrale cicatrisée. Rien dans les culs de sac latéraux ; trompes perceptibles dans le cul de sac postérieur. La main abdominale réveille une douleur dans la région appendiculaire.

Un examen radiologique est pratiqué le 3 février 1938 : point douloureux appendiculaire.

Stase iléale avec accélération paradoxale du transit colique.

Compte rendu opératoire : appendice petit, scléreux, blanc et dur.

Compte rendu histologique (Dr DAUMAS) : l'organe n'est représenté que par la musculuse ; la lumière, qui ne contient que quelques amas lymphoïdes, est envahie par un tissu cicatriciel : *appendicite oblitérante*.

Suites opératoires : la malade est revue un mois après ; ses douleurs ont disparu. Elle a grossi d'un kilo.

OBS. VI. — N... Joseph, 23 ans.

Vient consulter le 18 novembre 1937 pour des douleurs durant depuis deux ans. Il souffre presque toute la journée. En effet, il ressent au réveil de l'asthénie et se plaint de vertiges ; dès l'absorption de son café au lait, les douleurs commencent et durent une demi-heure. A midi, il se met à table avec appétit et recommence à se plaindre de ses malaises dès le début du repas. Au dîner, mêmes malaises qu'à midi. Il n'est pas réveillé la nuit.

Il souffre particulièrement de *crampes* qu'il situe à 3 travers de doigt à droite de l'ombilic et de pesanteurs sur la ligne médiane, à égale distance de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic. Cette douleur persiste de une à trois heures après le repas.

Pas de vomissements, mais renvois fréquents, congestion de la face après les repas.

A l'examen, le cæcum paraît un peu gargouillant mais nullement spasmodique, pas de points douloureux dans le quadrant supérieur droit, ni duodénal, ni vésiculaire. Une *radiographie* duodénale pour recherche d'ulcus est pratiquée le 26 novembre, mais ne montre rien de pathologique.

Bilirubinémie : 30 mmgr.

Le malade est revu le 2 décembre 1937, il confirme la localisation des points douloureux dont il s'est plaint au premier examen. Au palper, la région cæcale est sensible et de nouveau gargouillante ; douleurs au bord interne du cæcum confirmées par le toucher rectal. Cette douleur est accentuée par l'élévation de la jambe ; contre-épreuve négative. *Rectoscopie* normale.

Foie augmenté de volume et sensible.

Appendicectomy le 21 janvier 1938. On trouve un appendice molasse, épais, blanchâtre, dont les coupes histologiques (Dr DAUMAS) montrent des lésions d'appendicite chronique ulcéreuse et partiellement oblitérantes.

Le malade, revu le 17 février 1938, n'a plus les douleurs dont il se plaignait, mais il lui reste des céphalées. On lui prescrit des cholérétiques.

OBS. VII. — D... Reine, 32 ans.

Vient consulter le 6 janvier 1936 pour vertiges et troubles digestifs : anorexie, nausées, constipation, douleurs au niveau de la région hépatique. Asthénie. Dans ses *antécédents*, on ne trouve rien, si ce n'est du paludisme contracté en A. O. F.

A l'*examen* : pâleur habituelle, foie sensible, tension artérielle : 11-6 ; pouls : 64. Urine normale.

Signes de salpingite droite, pour laquelle on lui fait faire quelques séances de diathermie qui diminuent les douleurs lombaires ; mais la malade garde des nausées, de l'anorexie, de la constipation.

Revue le 29 avril, la malade se plaint de douleurs gastriques et abdominales d'horaire tardif. On sent un cæcum sensible et spasmé.

Le 12 mai, une radio est pratiquée : 9 heures après l'ingestion de la préparation barytée, l'intestin grêle est vide et la tête de la colonne opaque ne dépasse pas l'angle colique gauche. Aspect polylobé du cæcum. Point douloureux bien localisé au niveau de l'insertion appendiculaire.

Le 12 décembre 1936, *appendicectomy* (D^r GRINDA) : On trouve un appendice pelvien, un peu de liquide réactionnel séro-hématique. L'appendice est libre et plongeant. Après vérification (Tran-delembourg, Valve), appareil génital intact.

L'appendice, coupé par le D^r DAUMAS, montre de petits abcès folliculaires, inflammation des lymphatiques, des vaisseaux gorgés de leucocytoses. Sclérose de la sous-muqueuse, congestion de la sous-séreuse.

La malade est revue 3 mois après : elle est très améliorée par l'intervention, plus de nausées ; l'anorexie et l'asthénie ont cessé. Elle n'est plus constipée alors qu'elle restait 15 jours sans aller à la selle.

OBS. VIII. — M. Z..., 20 ans, employé d'hôtel au Rhul.

A eu à deux reprises, en six mois, dans la nuit, vers 3 heures du matin, une douleur *au creux épigastrique*, suivie le lendemain de coliques péri-ombilicales, sans douleurs irradiées dans la fosse iliaque droite ni gauche. Cette douleur a été suivie de deux ou trois *selles pâteuses*, non liquides, dans la journée du lendemain. Il n'a pas pris sa température.

Céphalée assez violente. Les troubles gastriques ont disparu

après la première crise et depuis il a eu des poussées de céphalées par périodes de 15 à 20 jours avec rémission complète. Cette céphalée est sub-orbitaire et médiane ; elle survient dans la journée avec accalmie d'une heure ou deux, ne l'empêchant pas de dormir.

Pas d'état nauséeux.

La deuxième crise présente les mêmes phénomènes avec les modifications des selles et de la céphalée.

A l'examen, on constate un point appendiculaire net dans la région de Mac Burney, dont la pression donne une douleur locale et une douleur irradiée au creux épigastrique, là où le malade souffre spontanément, alors qu'il ne souffre pas spontanément dans la région de Mac Burney.

Le reste de l'examen somatique est normal.

Une radiographie (Dr LE COCQ) précise le siège appendiculaire de la douleur, montre le stase iléale et un transit colique paradoxalement accéléré.

Le malade est opéré par Docteur GRINDA, le 1^{er} février 1937. Il est revu à deux reprises :

En mai 1937 : le malade n'a plus eu ni colique ni douleur au creux épigastrique, mais il trouve que la céphalée n'a pas été améliorée.

OBS. IX. — Mlle Dal..., 26 ans.

Vient consulter le 10 octobre 1926 parce qu'elle a depuis 9 mois, de la céphalée sus-orbitaire et occipitale, s'accompagnant d'une réaction vaso-motrice de la face (rougeur) et surtout de douleurs au creux épigastrique, horizontales, à types de crampes. Quelquefois elle a des vomissements qui soulagent sa céphalée, mais ne l'arrêtent pas complètement. Elle a maigri de 5 kilos en 2 ans.

A l'examen : peu de douleurs dans la fosse iliaque droite ; défense plus marquée que du côté gauche à la palpation symétrique ; douleurs irradiées à la face antéro-interne de la cuisse. La douleur de la F. I. D. est accentuée par l'élévation de la jambe.

Toucher rectal : douleur à droite.

Un examen radiologique montre de la stase iléale.

La malade est appendicectomisée par le Docteur GRINDA, à l'hôpital, le 7 novembre 1936.

Compte rendu opératoire : appendice turgescant et rouge ; adhérences à la base et à la pointe.

Histologie (D^r DAUMAS) : lésions inflammatoires subaiguës.

Suites opératoires : un mois après l'opération elle pèse 47 kilos. Quatre mois après elle pèse 50 kg. 500. Les vomissements ont disparu ; la céphalée également, l'appétit est bon et elle ne souffre plus de crampes ; il persiste seulement une impression de digestion lente. Fin novembre 1937, elle pèse 49 kilos.

Le 5 mai 1938 : appétit excellent. Digestions normales. Pas de vomissement. Les céphalées ont disparu. Très bon état général ; vie active.

OBS. X. — Mlle Blanché H..., 30 ans, cuisinière.

Souffre depuis plusieurs années, de :

a) Céphalée survenant au réveil ou dans la journée ;

b) Asthénie, en particulier au réveil ;

c) Constipation ;

d) Pas de troubles de l'appétit. Elle éprouve quelquefois des douleurs dans le flanc droit ou dans le flanc gauche.

Intolérance pour les aliments mal tolérés par les hépatiques : chocolat, fritures, sauce. Supporte bien les légumes verts et les légumes secs.

Antécédents : rien de particulier ; bien réglée. Elle vomit quelquefois ; après des voyages en car elle éprouve quelquefois des douleurs sous l'omoplate gauche.

A l'examen : la fosse iliaque droite est plus résistante que la fosse iliaque gauche ; sensibilité de la région appendiculaire.

Elle revient une dizaine de jours après, parce qu'elle éprouve des nausées, quelques frissons, sans vomissements. Elle se sent fatiguée et a souffert spontanément du côté droit.

Au palper on trouve une douleur locale dans la fosse iliaque gauche, et à droite de la défense avec une douleur au Mac Burney. On ne peut pas toucher la malade à cause de ses règles. Elle est légèrement fébrile : 38° ; pouls à 110.

Appendicectomie (D^r GRINDA) : le 27 juillet 1934.

Compte rendu opératoire : appendice long, adhérent à la pointe.

Suites opératoires : elle est revue fin août 1934. Depuis l'opération elle digère bien, n'a plus de nausées ; elle a de l'appétit depuis le surlendemain de son opération alors qu'elle ne pouvait plus manger auparavant. Elle se plaint de quelques gargouillements et gaz le matin et a des renvois qui ont le goût d'œufs pourris. Elle est mise à un régime cholérétique qui, en une dizaine de jours, fait disparaître les renvois et les nausées.

Elle est examinée en juin 1934 et on lui fait un examen radiologique de l'intestin, de l'estomac et de la vésicule qui sont trouvés négatifs.

OBS. XI. — Mme Pay..., 56 ans.

Vient consulter, en mai 1937, pour crises douloureuses avec troubles dyspeptiques, durant depuis une vingtaine d'années avec des rémissions et des reprises. Les crises douloureuses consistent en des douleurs survenant sous le rebord costal gauche, et gonflement du creux épigastrique objectivement constaté par la malade et son mari, et s'accompagnant de renvois sans goût particulier. Selles liquides, parfois en « fusées », impérieuses, survenant le matin au réveil. Il existe également des selles *post-prandiales*. Etats nauséux. Vomissements exceptionnels.

L'examen du malade permet à trois ou quatre reprises, du mois de mai au mois de novembre 1937, de constater un point vésiculaire avec signe de *Murphy* et un point non accusé subjectivement par la malade, mais beaucoup plus douloureux que les autres, dans la région de Mac Burney. L'association de cette symptomatologie clinique, d'une symptomatologie *radiologique* mettant en évidence une stase iléale (puisque 9 heures après la crise du repas d'épreuve, la colonne opaque occupe les dernières anses frêles), plaide en faveur de l'origine appendiculaire de ce syndrome de typhlocholécystite évoluant depuis des années par *poussées capricieuses*.

Appendicectomie, 20 novembre 1937 (Dr BARDON). Appendicite avec ulcération de la muqueuse et infiltration folliculaire (Docteur DAUMAS).

Suites opératoires : à la suite de cette intervention, la malade a vu régresser la plupart de ses malaises, en particulier les troubles intestinaux ; le régime des selles est régulier ; il n'y a plus de selles « en fusée » et la constipation ne reparait qu'au moment de quelques petites poussées douloureuses signalées par la malade. D'autre part, alors qu'elle était insomniaque, elle dort régulièrement.

OBS. XII. — *L... Ernestine*, 14 ans.

Vient consulter parce que, depuis l'âge de 11 ans, elle accuse une douleur épigastrique et des renvois après les repas. Amaigrissement important depuis 1 an.

A l'examen : douleurs sous-costale droite et para-ombilicale. Alternance de diarrhées avec mucus et de constipation.

Les phénomènes douloureux apparaissent à la marche.

Radiographie : transit légèrement retardé sur la dernière portion de l'iléon.

Cæcum dilaté, non mobile en crochet.

Région cæco-appendiculaire peu sensible.

Appendicectomie (Dr GRINDA) : appendice turgescant spiralé.

Histologie (Dr DAUMAS) : la lumière ectasiée contient des débris divers et du mucopus.

La muqueuse, en atrophie partielle, disparaît en certains points. Les follicules clos sont atrophiés ou en hyperplasie inflammatoire.

Muscleuse amincie par place ; sous-séreuse enflammée avec traînées lymphangitiques.

Bref, « appendicite chronique ectasique et atrophique partielle ».

OBS. XIII. — *M. Alfred D...*, 36 ans.

Bon état général jusqu'en 1932, malgré un séjour en Indochine. Pas de passé digestif. Cependant de temps en temps, *digestions lentes*, sans raison.

Au mois d'août 1933, à ces troubles gastriques antérieurs s'ajoutent des *malaises*, caractérisés par une sensation de frisson, refroidissement des extrémités, sensation d'angoisse et de froid : le malade met deux couvertures sur son lit.

Examen : le malade a légèrement maigri. Il a une tension artérielle basse : 11-8. Pouls à 76.

Il présente un *point vésiculaire léger*.

Mis à un régime végétarien mixte avec de la viande et à un traitement cholérétique salin, il est amélioré pendant 6 à 7 mois (août 1933).

En avril 1934, les mêmes malaises reprennent, survenant par crises avec la sensation d'angoisse, de frisson, le refroidissement des extrémités et leur *horaire tardif*. Ils s'accompagnent au point de vue digestif, d'un petit état nauséux et d'une fatigabilité extrême.

L'examen clinique montre un point douloureux vésiculaire à l'inspiration que le malade n'avait pas la première fois. Il n'existe toujours pas de point appendiculaire.

Le malade est revu à plusieurs reprises et on voit apparaître au palper de l'abdomen, un point douloureux dans la *fosse iliaque droite*, à l'occasion d'une crise analogue avec troubles digestifs un peu plus accentués.

L'examen de l'abdomen permet de sentir un point vésiculaire haut avec un signe de Murphy. Un cæcum spasmodique avec un point douloureux ; douleur à l'élévation de la jambe. La contre-épreuve du côté opposé est négative et le toucher rectal paraît plus douloureux du côté droit que du côté gauche.

Intervention (D^r GRINDA).

Compte rendu opératoire : appendice scléreux, blanc et dur : Quelques adhérences vélamenteuses.

Cæcum normal. Suites opératoires apyrétiques.

Histologie (D^r DAUMAS) : 18 décembre 1936.

Lumière remplie de débris et de mucus. Muqueuse atrophique avec inflammation de la sous-muqueuse. Congestion et inflammation de la sous-séreuse.

Bref. « lésions chroniques atrophiantes et ectasiantes ».

Suites opératoires : le malade ne souffre plus. Revu un an après : bon état général. Vie active.

OBS. XIV. — Monsieur G..., 36 ans.

Malade suivi depuis le mois de mai 1935, pour des troubles banaux : asthénie, diminution de l'appétit avec nausées, selles fétides et endolorissement de l'épaule droite chez un tachyphage présentant des intolérances alimentaires aux fritures, aux légumes secs et tolérant bien les crudités.

A *l'examen* : foie augmenté de volume et de consistance, un peu douloureux ; le cadre colique est indolore à divers examens, si bien que l'hypothèse d'appendicite qui a été émise chez lui,

ne paraît objectivée par aucun symptôme. Le malade est soumis à un traitement cholérétique, médication saline légère : eau de Vichy, calomel, pendant plusieurs mois, ainsi qu'à une cure à Vichy pendant l'été.

A aucun des examens pratiqués, on ne constate autre chose que les variations de volume et de consistance du foie ; l'intestin paraît rigoureusement normal.

On est frappé par l'action irrégulière du traitement cholérétique et le caractère capricieux des améliorations et des rechutes.

Au début de l'hiver 1936, le malade a une crise aiguë de douleurs abdominales syncopales au moment d'une épidémie grip-pale, alors que lui-même présente un petit peu de température et de rougeur du pharynx. Au palper, on sent pour la première fois, un point latéro-cæcal et la douleur se précise et se localise.

Examen radiologique (D^r PASCHETTA) montre la localisation appendiculaire du point douloureux et de la stase iléale.

Appendicectomy (D^r GASGLIA) en mai, 1936.

Examen histologique (D^r DAUMAS) : ulcérations de la muqueuse. Oblitération partielle.

A l'intervention, la vésicule est explorée en position de Trendelenbourg, la paroi est bleutée, normale.

Suites opératoires : augmentation de volume du foie, persistance de digestions lentes, de l'asthénie et de vertiges. Le malade est mis à l'eau de Vichy et au sulfate de soude ; après 8 jours de traitement, l'état s'améliore brusquement.

Depuis le malade est revu à plusieurs reprises. Le foie est devenu d'abord *indolore*, puis plus souple et enfin de volume normal ne dépassant plus le rebord costal droit. Il peut supporter les écarts de régime qu'il ne supportait pas avant, même une vie normale.

Régime des selles régularisé. De temps en temps, nécessité d'un petit traitement cholérétique.

OBS. XV. — M. Cas..., 30 ans.

Malade sans antécédents particuliers N'ayant pas une alimentation très hygiénique, quelques apéritifs, vin à chaque repas, et qui éprouve à 29 ans, des malaises généraux banaux : sensation de vertige. Il vient consulter parce que, à ces malaises généraux, se surajoute une impression de douleur gastrique à type de *crampes* au creux épigastrique, médiane et à horaire tardif, survenant à 17 heures, 19 heures et 21 heures.

L'interrogation permet de préciser que son intestin est peut-être moins régulier que d'habitude ; les selles sont tantôt moulées, tantôt pâteuses, mais pas de constipation.

Le reste de l'interrogation est négatif : appétit conservé, il n'y a pas de vomissement, pas d'amaigrissement.

L'examen somatique est également négatif. Le foie seul paraît un peu augmenté de volume, congestionné et douloureux. Le palper de la région iléo-cæcale est absolument indolore.

Le malade est mis à un traitement cholérétique où l'on alterne une médication saline, du calomel et du boldo.

Parmi toutes ces médications, le calomel paraît moins bien supporté, ce qui semble confirmer l'origine hépatique des maux.

Le malade est revu trois mois après, en mars 1937. Il a maigri de 3 kilos (67 kg. 300). Il a souffert de crises douloureuses tardives au creux de l'estomac à nouveau, cependant son examen est négatif. L'idée d'appendicite effleure l'esprit, le malade subit un toucher rectal et il est mis à un traitement d'épreuve, bismuth au réveil et au coucher.

Deux mois après, le malade dit avoir été amélioré par la thérapeutique bismuthée, mais de façon transitoire qui n'a pas empêché quelques crises douloureuses d'apparaître à nouveau.

Étant donné le caractère capricieux de cette évolution et l'absence de régularité de l'amélioration par le traitement cholérétique, le diagnostic soupçonné est confirmé par un examen *radiologique* par le Docteur TROPINI.

1° *Examen des voies biliaires* fait en deux reprises : aucun de ces deux examens ne montre d'opacification de la voie biliaire.

2° *L'examen de l'intestin*, fait à la même date, montre un transit et une tonicité normale.

Liquide d'hypersécrétion gastrique à jeun.

Léger spasme du pylore qui se traduit par une hyperkinésie de la région prépylorique.

Le 21 avril, un examen du gros intestin huit heures après l'ingestion du repas opaque :

— stase notable dans la dernière anse iléale ;

— accélération de la tête de la colonne qui atteint l'ampoule rectale ;

— appendice opacifié en position ascendante accolé au bord interne du cæcum ;

— douleur légère à la pression de cette région.

D'ailleurs, aux deux examens radiologiques faits chez ce malade, on constate la douleur au bord interne du cæcum, ce qui n'avait jamais été observé jusqu'à ce moment-là.

Appendicectomie le 8 août 1937. L'appendice est trouvé en position rétro-cæcale croisant la terminaison de l'iléon.

Les suites opératoires sont excellentes. Il est revu encore le 9 septembre : son poids, qui était de 61 kilos à la sortie de la clinique, est actuellement de 64 kg. 700.

Pendant deux mois n'a pas eu de maux ; plus de crampes d'estomac. Depuis un mois, c'est-à-dire depuis qu'il a abandonné le bismuth au repas de midi, il éprouve une petite colique et va à la selle en diarrhée, après une première selle matinale normale. L'examen de la région cæcale montre que cette région est indolore, ainsi que le cæcum. On perçoit un point vésiculaire net.

La malade actuellement va bien. Elle n'a plus de douleurs gastriques à type de crampes. Les selles sont quotidiennes, de

temps en temps encore liquides, mais dans l'ensemble plus moulées qu'avant l'opération. Le palper de l'abdomen est indolore.

OBS. XVI. — M. Bau..., 42 ans, représentant de commerce.

Vient consulter pour des douleurs dans le flanc droit, survenues depuis 3 mois, à début lombaire, à irradiations obliques descendantes. Notions d'ictère dans les antécédents.

Pas de troubles digestifs marqués, malgré l'état douloureux actuel ; tendance à la constipation. Appétit conservé.

Examen : pas de point uréthéral. La région de Mac Burney est sensible. Le toucher rectal négatif. La douleur à l'élévation de la jambe ne s'accroît pas. Pas de point phrénique. Signe de Murphy légèrement positif.

Radiographie (D^r PASCHETTA) :

1° Après l'ingestion d'un flacon de Soriode, la vésicule n'est pas injectée, mais il n'y a pas d'images calculeuses visibles directement ;

2° L'examen de l'intestin grêle, 8 heures après, montre qu'il est encore dessiné sur ses 10 derniers cm. et que la région appendiculaire est sensible à la pression. Le gros intestin est rempli jusqu'au début du transverse et présente une segmentation haustrale normale. L'estomac montre un spasme précoce du pylore après ingestion de baryte sous l'écran.

Diagnostic : atteinte de la muqueuse vésiculaire et signes radiologiques d'appendicite chronique.

Le malade, examiné 10 jours après, montre encore un point douloureux dans la région de Mac Burney. Pas de point vésiculaire net. Le traitement cholérétique a un petit peu diminué ses malaises généraux mais n'a pas agi sur la douleur ; d'ailleurs, la douleur n'est pas intense et il ne s'en plaint pas quand il fait du sport ; il en souffre quand il est au repos, tranquille, et qu'il peut la méditer.

Appendicectomie le 5 avril 1938 (D^r FAY) :

L'appendice est examiné histologiquement par le Docteur DAUMAS : la lumière contient du mucus, du sang et des débris divers. La muqueuse présente une ulcération et un petit abcès ; au niveau de l'ulcération elle disparaît, remplacée par une lame fibreuse. Quelques points de folliculite. Sclérose inflammatoire de la sous-muqueuse. Vers la pointe, la lumière est oblitérée en partie par du tissu fibreux. La musculature est intacte. Mésappendice sclérosé présentant des nappes hémorragiques.

En résumé, appendicite chronique, aucun signe de malignité ni de tuberculose.

OBS. XVII. — M. Maz... Jules, 34 ans, cimentier.

Vient consulter le 2 novembre 1936 parce qu'il se plaint depuis quinze jours de troubles gastriques (sensations de malaises avec nausées)

Antécédents : fièvre typhoïde ; subictères fréquents.

Il a déjà souffert de l'estomac, dit-il, il y a un an. Actuellement, il se plaint de sa région épigastrique, 3 heures après les repas. Il ne souffre pas avant les repas. Ces douleurs sont nettement localisées, entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde ; à irradiations fréquentes dans le dos. L'appétit est conservé. Constipation.

A l'examen : creux épigastrique normal ; région vésiculaire sensible ; F. I. D. très sensible.

Cæcum spasmé ; on provoque une douleur, sur son bord intérieur.

Toucher rectal : sensibilité nettement plus marquée du côté droit.

Le reste de l'examen est négatif ; T. A. 12-8.

Radiographie : estomac hypotonique à bas fond distendu, se contractant lentement. Pas de lésions organiques gastriques. Pylore perméable. Bulbe duodénal normal. Douleur au niveau de l'insertion appendiculaire. Retard du transit iléal, associé à l'accélération du transit colique.

Bilirubinémie à 10 mmgr. %.

Appendicectomie le 2 mars 1936 (D^r GRINDA) :

Les douleurs gastriques ont disparu. Bon état général.

OBS. XVIII. — Monsieur Sc..., 33 ans.

Vient consulter parce qu'il a eu deux crises de vomissements, ayant l'une et l'autre débuté après le repas, de 1 heure de l'après-midi à 8 heures du matin, caractérisées par des vomissements alimentaires d'abord et bilieux ensuite, avec coliques abdominales, n'aboutissant pas à de la diarrhée.

En dehors de ces crises, pas de troubles particuliers. A noter cependant un petit état vertigineux le matin, et un peu de céphalée occipitale. Pas de pituite. Renvois très nombreux, et gaz coliques peut-être un peu plus fétides depuis quelque temps.

Poids en équilibre. Pas d'hémorroïdes. Pas de brûlures d'estomac. Pas de pesanteur après les repas. Digestions faciles.

Antécédents : a fait son service militaire en Syrie en 1924 ; a eu deux crises de paludisme légères, qui ne se sont plus répétées. N'a pas eu de jaunisse.

Examen : Cœur normal. T. A. : 11-8. Pouls : 70. Pas d'hépatomégalie douloureuse. Pas de signe de Murphy. Palper du côlon gauche et droit identique, indolore. Un point extrêmement douloureux au toucher rectal, localisé dans le bord interne de la valvule rectale inférieure.

Diagnostic : Probablement cholécystite d'origine appendiculaire. (Caractère capricieux des crises et constatation d'un point douloureux).

Appendicectomie (D^r MALGAT) :

Appendice en très mauvais état. Lésions de folliculite. A certains endroits, la paroi n'a pas l'épaisseur d'une feuille de cigarette.

Le malade, revu deux mois après, a un état général excellent. Il a repris du poids. Bon appétit.

OBS. XIX. — Mme Thi..., 23 ans.

Notion d'une constipation latente et très discrète dans l'enfance et cédant à quelques laxatifs anodins.

Depuis la naissance d'un premier enfant, il y a trois années, douleurs dans le côté droit, et accentuation de la *constipation*, intriquée à une grande chute de poids qui peut être explicable par un allaitement de 8 mois.

Après une seconde grossesse (a nourri 4 mois), la malade a une nouvelle chute de poids et accentuation de la constipation. Apparition d'une petite douleur à la défécation et de nausées fréquentes. Pas de douleurs gastriques. Quelques crises d'aérophagie.

Intolérance alimentaire pour les mets mal tolérés par les hépatiques (graisses, œufs).

A l'examen : sigmoïde normal, cæcum distendu. Au toucher vaginal, on sent une très grosse noix latérale droite, indépendante de l'utérus, douloureuse, nauséuse au toucher, plaquée contre le détroit moyen. Le cæcum paraît faire corps avec cette masse. La main vaginale et la main abdominale à tour de rôle déterminent un état nauséux et de la céphalée.

Diagnostic porté : tumeur appendiculaire inflammatoire ; cette tumeur tient au plafond cæcal.

L'examen du sang de la malade ne montre pas de modification, en particulier, pas d'anémie. Dosage de la bilirubine : 25 mmgr.

La malade est opérée par le Docteur MAURISSON-LACOMBE.

Compte rendu opératoire : intervention par voie médiane ; kyste dermoïde, du volume d'une mandarine et au-dessus un appendice en crochet, non adhérent au kyste.

La malade, après l'intervention, reprend rapidement plusieurs kilos et depuis a eu deux grossesses normales.

OBS. XX. — Mme Auf..., 23 ans.

Depuis 2 ans, diminution de l'appétit et intolérance alimentaire qui font penser à des troubles vésiculaires (fritures, sardines, chocolat) et d'ailleurs ce diagnostic a été porté par plusieurs médecins.

Depuis plusieurs mois : amaigrissement, asthénie, insomnie ; elle est devenue très nerveuse.

Antécédents : rien de particulier, pas d'enfants, pas de fausse-couche, règles régulières.

A l'examen, on constate :

1° Foie légèrement augmenté de volume et de sensibilité, avec un signe de Murphy positif ;

2° Un point appendiculaire, au palper abdominal et au toucher vaginal.

A noter dans l'interrogatoire de la malade qu'elle se plaint de diarrhées impérieuses, la nuit et parfois le matin.

Radiographie 4 jours après (D^r PASCHETTA) :

Sensibilité de la région iléo-cæcale. Retard du transit iléal.

Appendicectomie : 25 septembre 1937, à Brest (D^r POULIGUEN). Pas de complications.

Elle est revue un an après : les douleurs ont disparu. Elle a repris du poids, n'a plus de diarrhée mais garde encore quelques intolérances alimentaires. On lui ordonne un traitement cholérétique.

OBS. XXI. — Mlle Miq..., 28 ans.

Vient consulter :

a) Pour des troubles du régime des selles ; constipation brusquement installée il y a 5 ans et qui, depuis le mois de juillet, s'est modifiée par alternance de constipation et de selles non moulées, bien que la constipation l'emporte ;

b) Syndrome dyspeptique, à savoir : digestions lentes ; les malaises commencent vers 16 heures et à 19 heures ; a l'impression que l'estomac est encore plein. L'appétit a disparu, tout à fait supprimé depuis 8 jours ;

c) Douleurs dans la fosse iliaque droite, surtout quand elle marche, ou quand elle est debout. Douleurs également de type crural, dans la jambe droite, au moment de la marche ou quand elle s'appuie sur la jambe ;

d) Céphalée frontale et occipitale dans l'après-midi, survient en général vers 17 heures, parfois dès le réveil et dure toute la journée.

Depuis 2 ou 3 jours, état nauséux. A vomi hier, le matin à jeun.

A l'examen : pas de point vésiculaire, ni de point appendiculaire ; l'abdomen cependant est légèrement moins dépressible du côté droit que du côté gauche.

La malade est mise à un traitement cholérétique, à faire 12 jours par mois.

Elle est revue un mois après, en mars 1938 : elle se plaint à nouveau de douleur dans la région inguinale droite avec irradiation crurale et un point de côté abdominal droit (ces douleurs ont une évolution capricieuse). Vertiges survenant le matin.

A l'examen : on sent un cæcum spasmé, très mobile, verticalement et transversalement. Douleur à l'élévation de la jambe droite ; contre épreuve à gauche négative. Le foie est sensible, augmenté de volume et de consistance, la malade est constipée ; elle précise que les laxatifs ne la font pas aller à la selle mais accentuent ses vertiges.

Appendicectomie (D^r GRINDA).

Compte rendu opératoire : périviscérite très marquée. Appendice latéro-cæcal interne, sous-iléal, collé à la fin de l'iléon et à

la paroi postérieure ; gros, épais, lourd, blanc, avec adhérences vélamenteuses.

OBS. XXII. — Mme Iss..., 40 ans.

Présente des malaises depuis 4 ans, sous forme de *vomissements* ou de *nausées*, attribués à une métrite, que l'on a commencé à traiter il y a 3 ans. Cette métrite se caractérisait par des pertes, durant 12 à 15 jours, précédant et suivant la période des règles et une sensation d'asthénie accompagnant les malaises précédents.

Depuis 7 mois, malgré l'amélioration des troubles utérins (pertes), elle se plaint de :

- a) Asthénie ;
- b) Troubles digestifs : anorexie portant surtout sur la viande et les légumes secs. Supporte bien les pâtes ;
- c) Constipation l'obligeant à prendre du Loroga.
- d) Vomissements bilieux le matin.

Ces malaises digestifs s'accompagnent de *céphalées* et parfois de syncopes survenant sans raison apparente.

Il faut noter également que la malade se plaint d'avoir des douleurs au moment de ses rapports vaginaux, dans les rapports normaux mais surtout, s'il lui prend fantaisie de modifier sa position : la douleur s'accompagne alors d'une sensation de nausée.

A l'examen : il s'agit d'une femme grande, maigre, qui a maigri de 6 kilos en 7 mois.

Le palper de la fosse iliaque droite est sensible et permet de déterminer une douleur assez aiguë, réveillant une nausée, sans défense vraie.

Au toucher vaginal, son cul-de-sac latéral droit révèle de la douleur. L'utérus est gros, déborde de 4 travers de doigt au-dessus de la symphyse, en anté-version.

Absence de point vésiculaire.

Radiographie : le 15 septembre 1934.

Appendicetomie : l'intervention permet de constater que le cæcum est prolabé dans le petit bassin, très mobile, d'aspect normal, avec un appendice latéral et plongeant dans le petit bassin, expliquant la sensation obtenue par le toucher vaginal, la douleur du cul-de-sac droit et le fait que les rapports génitaux déterminent des douleurs avec sensation nauséuse.

La malade est extrêmement améliorée par l'opération. Elle ne souffre plus et a eu deux grossesses normales, depuis l'intervention.

OBS. XXIII. — Mme To..., 36 ans.

Vient consulter pour une constipation opiniâtre et un œdème de Quincke survenu il y a 3 mois.

A l'examen : l'abdomen est sensible dans la région du côlon droit ; la région iléo-cæcale est douloureuse.

Foie un peu plus gros que normalement. Signe de Murphy positif et irradiations douloureuses dans l'épaule droite et le dos. On note en plus un gros déséquilibre neuro-végétatif avec instabilité du pouls (tantôt 76, tantôt 88) et R. O. C. inversé à tendance sympathicotonique nette (76-84).

L'existence d'un tremblement et la notion qu'il y a eu, à un moment donné, un goitre traité immédiatement, peuvent faire penser qu'il existe à la base de ce déséquilibre une hyperthyroïdie fruste.

Enfin, des anomalies des règles (trop longues, trop abondantes) font penser à une insuffisance du corps jaune souvent associé, d'ailleurs, à une dysthyroïdie.

D'après le Docteur COSSA, qui voit la malade, il est vraisemblable que l'élément digestif et l'élément endocrinien sont, l'un et l'autre, en partie responsables et du syndrome mental et de l'œdème de Quincke.

Revue le 17 octobre 1936 : la malade a des paupières enflées du côté gauche surtout et de l'insomnie.

Urines : normales.

Bilirubine: 13 mmgrs.

Cholestérine : 1 gr. 50.

B.-W. : négatif.

Urée : 0,24.

Formule sanguine normale.

Une tension artérielle à 16-10 ; un pouls à 75.

Elle est radiographiée (Docteur LECOCQ) le 7 novembre 1936 : estomac tonique en forme de J vertical dont le joint le plus déclive ne dépasse pas la ligne bi-iliaque.

Pas de lésion organique décelable par les examens en diverses incidences.

Cæcum bas, tendant à plonger dans le petit bassin, dans le décubitus dorsal. Point douloureux appendiculaire net, avec point douloureux vésiculaire associé.

Appendicectomie : le 17 novembre 1936 (Docteur GRINDA) : appendice petit, filiforme, scléreux, cæcum blanc.

Histologie (Docteur DAUMAS) : l'appendicite n'est plus reconnaissable que par sa couche musculaire. La muqueuse a disparu ainsi que la sous-muqueuse et les follicules clos. La lumière est envahie par un tissu fibro-conjonctif.

Bref, appendicite chronique oblitérante.

Revue en janvier 1937 : le régime des selles se régularise ; mais l'œdème de Quincke existe encore.

II. -- SEQUELLES HEPATO-VESICULAIRES

OBS. XXIV (Docteur X), Monte-Carlo.

A eu, en octobre 1932, une angine pultacée ; c'est alors que

des malaises apparaissent, intitulés aérophagie, aérocolie ; le malade maigrit de 8 à 10 kilogs en 2 ou 3 mois. On l'examine aux rayons X et on trouve un dolichocôlon.

En juillet 1933, le diagnostic d'appendicite chronique est posé, par TRÉMOLIÈRE, et l'appendice est enlevé par LARDENNOIS, qui trouve des adhérences et le draine bien qu'il n'y ait pas de pus. Pas de repos après son opération ; reprend sa vie professionnelle dès juillet 1933.

Il vient consulter parce qu'il éprouve une sensation de constriction thoracique avec angoisse, ballonnement de l'abdomen, flatulence, gaz, coliques fétides. Impression de papillons noirs devant les yeux. Asthénie.

A l'examen : la langue est saburale, le cœur normal. Tension artérielle : 12-9. Le foie est normal mais point vésiculaire douloureux.

Sur une radio, on voit une aérocolie nette et un sigmoïde long.

Examen de laboratoire :

— Glycémie : 0 gr. 83.

— Urée : 0 gr. 37.

— Bilirubinémie : 21 mmgr.

En juillet 1934, mis à un traitement cholérétique et on conseille une cure à Vichy.

Révu le 15 novembre 1934, il n'a plus d'asthénie, ni de ballonnement.

OBS. XXV (Docteur G...), Nice.

Antécédents :

Notion de crises douloureuses abdominales, discrètes dans l'ensemble, et d'appendicite survenue et opérée chez trois frères et sœurs.

En 1936, il a un petit malaise digestif, nausées, asthénie, pour lequel on examine le malade. On trouve un point douloureux accentué par l'élévation de la jambe, sans point vésiculaire, et on porte le diagnostic d'appendicite. Ce point est survenu après un état grippal du malade et de son entourage familial.

Cinq mois après, le malade fait une crise aiguë d'appendicite gangréneuse.

Appendicectomie (Docteur PRAT).

Petite complication pulmonaire au cours de la convalescence. Le malade reprend ses occupations, et, après trois mois, se trouve beaucoup mieux.

Séquelle : après une période de six mois, il voit apparaître de l'asthénie, avec sueurs faciles, survenant par périodes, avec instabilité du caractère. Durant cette période d'asthénie, il est constipé, alors qu'habituellement la selle matinale est régulière. Les selles ne sont pas fétides.

Le malade n'éprouve pas de crampes d'estomac, mais il n'a pas d'appétit ; aucune intolérance alimentaire spécifique, mais ne

tolère pas le moindre écart de régime dans les périodes d'asthénie et de constipation.

A l'examen : point douloureux vésiculaire net ; signe de Murphy avec foie légèrement augmenté de volume. Cæcum gorgouillant et indolore.

Le diagnostic de *cholécystite post-appendiculaire* est porté chez lui. Le malade est mis à un traitement cholérétique salin (calomel et boldo) et se trouve mieux rapidement au bout de deux mois.

Il constate, en particulier, la régularisation de son caractère, la disparition de son asthénie et un meilleur appétit.

L'état humoral a montré une hyperbilirubinémie et une hypercholestérinémie.

OBS. XXVI. — Docteur C..., 37 ans.

Pendant de longues années, à partir de 20 ans, a des troubles intestinaux caractérisés par diarrhées, surtout lors de la grippe. Vers 28 ans apparaissent des troubles digestifs d'origine vésiculaire.

A 33 ans, à l'occasion d'une grippe, crise aiguë caractérisée par coliques ; température : 38°.

Appendicectomie par Docteur GRINDA.

Suites opératoires : disparition de diarrhées, persistance de troubles vésiculaires : asthénie, céphalée, inaptitude au travail.

Mis à un traitement cholérétique salin léger et cure à Vichy : amélioration considérable mais encore incomplète : intolérance alimentaire, douleur sous le rebord costal droit.

OBS. XXVII. — M. R., 32 ans.

Malade *appendicectomisé* en mars 1936 parce qu'il présentait des troubles digestifs, à savoir : après le repas, impression de pesanteur, somnolence post-prandiale, céphalée, renvois. Selles irrégulières : douleurs dans la fosse iliaque droite et sous le rebord costal droit. Amaigrissement.

Après l'opération, sédation durant 7 mois, puis les malaises recommencent progressivement, à savoir : douleurs subjectives sous le rebord costal droit, pesanteur et céphalées post-prandiales, renvois et gaz coliques. Le malade précise qu'il tolère mal le vin, les fritures, les gâteaux et les légumes secs.

L'examen de ce malade est pratiquement négatif : cæcum un peu spasmodique, mais surtout foie augmenté de volume et de consistance, bord tranchant.

Mis à un traitement cholérétique, il est très amélioré, il reprend du poids et les céphalées disparaissent.

OBS. XXVIII. — M. R., 32 ans, employé au Winter-Palace.

A l'âge de 22 ans, après une période de suralimentation (car on le trouvait trop maigre) commence à avoir de la *diarrhée* avec impression d'irritation de l'anus, sans raison apparente. Pas de séjour colonial : les recherches de parasites pratiquées et la recherche du bacille de Koch sont négatives.

Après alternatives de diminution et d'aggravation des malaises, le malade subit une *appendicectomie* en octobre 1935, qui lui fait gagner quelques kilogs. Cependant, après cette opération, ne disparaît pas le malaise pour lequel le malade vient consulter, à savoir : une selle impérieuse à 5 heures du matin (selle « réveille-matin ») en diarrhée ou plutôt pâteuse, quelquefois avec présence de glaires, non brûlante, non suivie de ténésme et qui ne se répète pas dans la journée.

De plus, troubles gastriques caractérisés par des pesanteurs gastriques, impression de digestions lentes, renvois sans goût. La recherche des intolérances alimentaires ne permet pas de porter un diagnostic.

Examen : ventre souple, cæcum non gargouillant, légèrement spasmé.

On porte le diagnostic de typhlo-cholécystite post-appendiculaire et le malade est mis à un régime cholérétique dont il tire déjà un bénéfice : il pèse 51 kgs 600 en février 1937 ; en mars 1937 : 52 kgs 100 ; le traitement cholérétique salin est suspendu et remplacé par de l'hyposulfite de soude. Le poids continue à monter : 52 kgs 600.

En novembre 1937, l'amélioration continue, le malade ne présente plus de selles impérieuses, amélioration tant au point de vue général qu'au point de vue des troubles coliques : 55 kgs 300.

Actuellement le malade va bien ; il pèse 57 kilogs.

OBS. XXIX. — Mlle Joséphine B..., 23 ans.

Appendicectomie en janvier 1937 parce qu'elle avait des vomissements bilieux le matin et vers 14 heures, depuis novembre 1936, et qu'elle était constipée.

Elle est améliorée pendant deux mois ; après quoi, reprise des symptômes, à savoir : vomissements survenant surtout après le petit déjeuner (en particulier après absorption du café au lait), jamais après le repas du soir. Ces vomissements sont alimentaires, liquides, blancs et acides.

La constipation cependant a totalement disparu depuis l'opération, les selles sont régulières.

L'examen de la malade, chez qui on note des antécédents de rhumatisme articulaire aigu, permet de constater un souffle systolique mitral à la pointe très net. Tension artérielle 16-10 et surtout un point vésiculaire extrêmement net, sans sub-ictère, le foie n'étant pas augmenté de volume.

Point douloureux sur la cicatrice d'appendicectomie L'élévation de la jambe n'est pas douloureuse. Toucher vaginal négatif.

Le diagnostic porté est celui de cholécystite post-appendiculaire. La malade est mise à un régime cholérétique.

OBS. XXX. — M. N..., 27 ans.

Appendicectomie en mai 1935, par le Docteur CARTOTTO. Le diagnostic d'appendicite a été posé au moment d'une crise : depuis un an et demi, le malade présentait des crampes d'estomac avec des vomissements de bile, la crise survenant en général vers 17 heures. Le régime des selles était irrégulier, avec alternance de crises de diarrhées et de constipation.

Après l'opération, disparition définitive des vomissements et des crampes.

Par contre, vient consulter parce que depuis 9 à 10 mois, il a, au réveil, une bouche pâteuse, et bien qu'il suive un régime alimentaire dont sont écartés les farineux et les graisses cuites, il éprouve des brûlures d'estomac, vers 11 heures, et dans l'après-midi, vers 3 heures. Impressions de brûlures haut-situées, calmées par les alcalins, mais se répétant. Sensation d'être ballonné. Réveillé quelquefois dans la nuit, vers 2 heures du matin.

Au point de vue alimentaire : intolérance au café au lait, aux œufs, aux légumes secs.

Il est mis au traitement cholérétique.

OBS XXXI. — Mme C..., 37 ans.

Apparition des premiers malaises en 1926, sous forme de douleurs dans le flanc droit et de quelques troubles intestinaux (diarrhées post-prandiales) et généraux (amaigrissement, insomnie). Guérison presque complète après un régime alimentaire non toxique.

En 1929, reprise des malaises après une période de fatigue (déménagement, soins à des malades). Les troubles digestifs recommencent : selles impérieuses du matin, en diarrhées (bouse de vache) ; les analyses de selles n'ont jamais montré de parasites. Reprise des phénomènes généraux : insomnie, amaigrissement de 8 kilos (de 58 à 50 kilos).

En 1930, *appendicectomie* qui amène la disparition de la diarrhée et une diminution des douleurs abdominales. Mais elle souffre encore sous le rebord costal droit et se plaint de céphalées. Elle consulte le docteur GUTMANN, qui fait le diagnostic de *cholécystite* ; lui donne un régime et un traitement salin qui est mal supporté. On abandonne alors le diagnostic de cholécystite. Malgré tout la malade fait une cure à Châtel-Guyon, qui donne un excellent résultat et régularise le rythme intestinal, pour 1932.

En 1933, reprise des phénomènes intestinaux : douleurs dans le côté droit. De plus, troubles digestifs à distance : point douloureux au creux épigastrique et troubles généraux : céphalée, névralgie et amaigrissement.

En 1933 et 1934, accentuation des céphalées. Février 1937 : il s'agit d'une femme maigre, présentant un mauvais état général, pesant 55 kilos, se plaignant de phénomènes locaux : douleurs diffuses dans le ventre, irritantes entraînant une selle qui est sou-

vent moulée, fragmentée. *Troubles digestifs* : appétit irrégulier, brûlures, digestions lentes et phénomènes généraux à distance : insomnie, céphalées. Asthénie très marquée qui l'empêche de mener une vie normale. Pas de troubles génitaux : les règles sont régulières, abondantes ; l'utérus est normal, au toucher vaginal.

L'examen de la malade permet de constater un cæcum gargouillant, indolore ; la région vésiculaire est indolore, même en faisant plier la malade.

Cependant, sur ces troubles fonctionnels, on institue un traitement cholérétique et un régime régulier qui amène une amélioration considérable : d'abord digestions plus rapides, sans nausées, puis disparition des crises douloureuses abdominales et enfin, des migraines.

III. -- FORME COLIQUE

OBS. XXXII. — Mlle Monique D..., 14 ans.

Vient consulter pour une *constipation* croissante, apparue seulement il y a 3 ans et qui *s'accentue*, c'est-à-dire que la quantité de laxatifs dont use la malade (lactobyl, mujol) est toujours croissante. De plus, ces derniers temps, elle perd son appétit et a de la *céphalée*.

A l'examen : taille, 1 m. 60 ; poids, 63 kilos.

— Le foie est légèrement augmenté de consistance, sensible.

— Point appendiculaire, accentué par l'élévation de la jambe.

Elle est revue un mois après ; mise à la Vulcase et à une toute petite quantité de Thyroxine : selles légèrement régularisées, les pesanteurs de l'estomac ont disparu.

Brusquement, ce traitement n'agit plus ; elle est amenée le 30 janvier 1938 parce que depuis le mercredi 26 elle n'a plus de selles. De la céphalée et des troubles gastriques surviennent le jeudi. Nous la voyons le dimanche, au palper un point douloureux dans la région cæcale, très net, accentué par l'élévation de la jambe ; le toucher rectal permet de sentir au palper combiné, une douleur, surtout à l'examen abdominal.

Radiographie (Docteur DAVIOT) : douleur appendiculaire, retard iléo-cæcal à la huitième heure.

Appendicectomie : 5 mars 1938 (Docteur GRINDA) : un peu de liquide séro-fibrineux dans le péritoine. Pas de granulations dans la région explorée.

Suites opératoires : 15 jours après la sortie de la clinique, la malade voit disparaître la constipation ; pèse 60 k. 100. L'examen de la F. I. D. montre celle-ci souple et indolore ; la contraction du psoas est parfaitement indolore.

OBS. XXXIII. — Mme Stol..., 27 ans.

Dans son enfance, présente une poussée d'entérite, caractérisée par des selles liquides. Ces symptômes se sont accentués vers 20 ans, époque où elle éprouve des troubles dyspeptiques attribués à une ptose gastrique et en même temps de petites crises douloureuses abdominales qui s'accompagnent de 3 à 4 selles par jour, liquides, très jaunes, avec quelquefois du mucus.

Sous l'influence d'une grossesse, elle se trouve améliorée : la constipation disparaît pendant 3 mois ; puis brusquement survient une crise de diarrhée avec température, qui dure 4 à 5 jours.

Pendant toute la période comprise entre les suites de couches et le moment où nous examinons la malade, c'est-à-dire entre 23 et 27 ans, elle a des crises abdominales avec diarrhée.

En mai 1937, lors d'un premier examen, outre les malaises dont se plaint la malade (crises de diarrhées et céphalées) on constate objectivement un point appendiculaire des plus nets.

Au moment où nous examinons la malade, en novembre 1937, elle se plaint de troubles du régime de ses selles, de douleurs abdominales spontanées, localisées surtout sous le rebord costal droit et dans la F. I. G. De la céphalée, tous les matins. Amaigrissement de 5 kilos pendant les trois mois d'été. L'appétit est conservé ; elle n'a pas de nausées.

Radiographie : stase iléale supérieure à 8 h. 30 ; dilatation de l'iléon avec colonisation de la dernière anse iléale et précise la situation d'un point douloureux au bord interne du cæcum, sous la base d'implantation de l'appendice.

L'examen des selles montre l'absence de parasites et une tendance acide. PH : 10,6.

La malade est opérée par le Docteur BARRAYA, le 30 novembre 1937 : l'appendice est examinée *histologiquement* au laboratoire du Docteur DAUMAS.

Suites opératoires : la malade est revue, 5 mois après, le 27 avril 1938.

Le régime des selles est complètement régularisé. Elles sont de consistance normale, quotidiennes.

Il n'y a plus de céphalée, la douleur sous le rebord costal droit a disparu.

La malade a engraisé de 1 k. 800 depuis sa sortie de la clinique.

Malgré cette amélioration, elle présente un petit symptôme montrant la persistance de la réaction vésiculaire : dès qu'elle fait un écart de régime, elle a quelques malaises : le lendemain ses selles sont liquides et son abdomen douloureux.

L'examen clinique de l'abdomen permet de constater que la malade n'a plus de défense, ses fosses iliaques sont un peu sensibles ; elle a un point vésiculaire avec signe de Murphy

En résumé : forme colique avec selles liquides à type de colite acide ; syndrome radiologique d'appendicite chronique. Appen-

dicectomy. Guérison des troubles coliques ; persistance de la réaction vésiculaire.

OBS. XXXIV. M. V..., 20 ans, ingénieur des Ponts et Chaussées.

A 18 ans, à la suite de quelques excès alimentaires et de boisons, apparition brusque de constipation et amaigrissement progressif : en 15 mois, de 18 kilos. Le malade reste deux ou trois jours sans aller à la selle. Il prend obligatoirement des laxatifs, en quantités croissantes, qui n'agissent pas de façon régulière et deviennent, par moments, inopérants.

Quelques mois après, le 15 mars 1934, le malade voit apparaître des vomissements qui surviennent après les repas (vomissements alimentaires, sans douleurs) et de la céphalée intense, au point de lui interdire presque tout travail.

Il n'existe ni douleurs abdominales, ni thoraciques, ni scapulaires. Cependant, le malade éprouve des renvois acides après les repas.

Il est examiné par un entérologue, à Paris, qui porte le diagnostic de dolicholon et lui fait cesser tout traitement actif, se contentant de lui donner 20 gr. par jour de sous-nitrate de bismuth. Malgré cela, le malade reste 15 jours sans aller à la selle.

L'examen du malade permet de constater un foie augmenté de volume, débordant le rebord costal de 3 travers de doigt environ ; l'abdomen est souple, indolore.

Une rectoscopie faite jusqu'à 25 cm. (à cause de la disposition anatomique exceptionnelle de l'anse sigmoïde), permet de constater un intestin normal qui n'est pas augmenté de calibre et dont la coloration est normale.

Le diagnostic de dolicholon paraît confirmé par cet examen. On lui donne une médication d'attente, à savoir : un lavement d'huile suivi d'un lavement évacuateur, et on lui conseille de prendre de l'huile de paraffine à doses progressives. Le malade atteint rapidement la dose de 6 c. à soupe d'huile de paraffine par jour et régularise ainsi le régime de ses selles.

Après 20 jours de ce traitement, brusquement, le malade éprouve une crise douloureuse, qui commence dans la nuit, caractérisée par une douleur dans le côté droit, avec vomissements, sans température (37°3). Cette crise de douleur au côté, avec vomissements, dure 4 ou 5 jours, mais, fait remarquable, pendant la crise le malade maigrit et la constipation palliée jusque là par la quantité énorme de paraffine que prenait le malade, devient absolue.

La crise cesse et le malade recommence à aller à la selle avec sa paraffine et à engraisser de nouveau. Cependant, il se plaint toujours d'un point de côté léger, vers le flanc droit.

A l'examen : les radios montrent un dolichocôlon et un défaut d'imprégnation du cæco-ascendant.

Au palper de l'abdomen, on constate un point douloureux sur le bord interne du cæcum qui est gargouillant.

Le toucher rectal, combiné au palper abdominal, permet d'abaisser une masse qui paraît être le cæcum ; on réveille un point douloureux.

Enfin, en recherchant si l'on ne trouve pas de contracture du côté droit, on voit que la dépressibilité est moins grande que du côté gauche.

Le foie déborde toujours de deux travers de doigt.

On porte le diagnostic d'appendicite avec stase intestinale chronique et retentissement hépatique de cette affection.

Appendicectomy (Docteur RICORD) :

Appendice rétro-cæcal avec lésions inflammatoires récentes, adhérences de V. B. à l'angle gauche.

Suites opératoires : le malade, revu quelques semaines après, a cessé brusquement d'être constipé (5 jours après l'intervention) et reprend du poids.

OBS. XXXV. — Mme R..., 22 ans.

Après une grossesse normale, suivie d'un accouchement normal, en mai 1934, apparition d'une constipation intense qui n'existait pas avant, caractérisée par un intervalle de plusieurs jours entre les selles, rebelles aux laxatifs usuels. Les périodes de constipation se terminent par des débâcles, diarrhées violentes, entraînant une poussée fébrile, durant environ 48 heures, et qui survient soit que la malade prenne des laxatifs en quantité croissante ou qu'elle n'en prenne pas.

En même temps, amaigrissement progressif et ballonnement abdominal. Cette constipation n'est pas absolument régulière ; elle est variable, car la quantité de laxatifs (lactobyl) qu'elle est obligée d'employer pour la combattre varie d'une période à l'autre.

Etat nauséux fréquent. Les règles ont commencé à diminuer de volume, il y a un an, puis à s'espacer.

Examen : au cours d'une crise de diarrhée, elle est couchée, avec 37°8. Le ventre est parfaitement souple, indolore, mais le cæcum est très gargouillant, clapotant. Le toucher vaginal montre un utérus en antéverson, avec des culs-de-sacs absolument souples, indolores. Aucune douleur dans la fosse iliaque droite, ni par le palper abdominal, ni par le palper vaginal. Quand on fait contracter le psoas, on ne relève aucun point douloureux.

Pour rechercher l'explication de cette poussée aiguë de colite, on conseille :

— a) un examen parasitaire des selles qui est négatif ;

— b) une radiographie de la région iléo-cæcale pour rechercher s'il y a des stigmates d'appendicite ; elle montre une sensibilité de la région appendiculaire et une stase iléale à la huitième heure.

On fait une *appendicectomy*.

La malade est revue deux ans après ; elle n'a plus aucun des

symptômes dont elle souffrait auparavant : la constipation, les crises diarrhéiques ont disparu ; elle a repris du poids.

OBS. XXXVI. — Mme B..., 26 ans.

Eprouve, à partir de 20 ans, des malaises coliques, à horaire nocturne. Les crises s'accroissent à partir de 24 ans.

Elle éprouve, soit au réveil, des sensations de coliques qui l'obligent à se lever et sont suivies par l'émission d'une selle moulée ou diarrhéique si la colique est intense ; soit encore, vers 2 heures du matin, des coliques avec émission de selles. Quand la douleur est plus intense, elle est accompagnée de vomissements, d'une part, et, d'autre part, d'une réaction générale : sueurs froides, frissons et douleurs au creux épigastrique. Selles sans mucus ; pas de sang ni méléna.

Il n'existe pas de troubles gastriques en dehors des crises ; l'appétit est bon et ces malaises ne sont pas influencés par les aliments.

La malade est en équilibre de poids depuis deux ans.

A l'examen : ni sucre, ni albumine dans les urines ; organes thoraciques normaux ; ni hépato-mégalie, ni points vésiculaires, mais on sent un point douloureux appendiculaire directement et au toucher vaginal.

Radiographie (Docteur LE COCQ) :

L'estomac, à jeun, renferme une quantité minime de liquide d'hypersécrétion, qui augmente au cours de l'examen ; pas de spasme pylorique, et 8 heures après l'ingestion de la préparation barytée, la baryte injecte encore les dernières anses iléales qui sont légèrement dilatées avec un calibre très voisin de celui du côlon. La tête de la colonne est arrivée au milieu du descendant ; il y a donc, d'une part, *stase iléale terminale*, et, d'autre part, *accélération du transit* colique. La palpation en outre est vivement douloureuse au niveau du carrefour iléo-cæcal. Il faut noter l'aspect hypersténique du gros intestin et la coudure en N de la moitié droite du transverse.

L'association du syndrome clinique d'excitation colique, des résultats radiologiques, de l'examen clinique de la malade et l'échec du traitement lacto-farineux baryté, d'une part, et cholérétique, de l'autre, incite à porter le diagnostic d'appendicite chronique.

Appendicectomie (Docteur MALGAT, 30 mars 1936) :

Appendice non sclérosé, donnant macroscopiquement l'aspect d'un appendice sain, mais à la coupe (Docteur DAUMAS), cet appendice présente une abrasion de la muqueuse. Pendant l'opération on n'a pu voir la vésicule, mais des adhérences descendant du carrefour supérieur vers l'appendice. 48 heures après l'opération, reparaissent les coliques qui avaient motivé l'intervention et qui persistent encore 10 jours. La malade quitte la clinique sans aller encore à la selle spontanément, mais elle n'a plus de coliques.

Au bout de 5 ou 6 jours, on voit apparaître de petites crises douloureuses rappelant les crises initiales comme horaire, mais en moins intenses. La malade est mise à un régime mixte.

Revue à la fin mai 1936, elle n'a plus les crises douloureuses du réveil. Les selles sont régulières, comme consistance et comme horaire.

OBS. XXXVII. — Mlle Madeleine D..., 15 ans $\frac{1}{2}$.

Il est impossible de préciser le début des troubles ; la malade a une *constipation opiniâtre* depuis toujours, mais qui disparaît cependant quand elle part en vacances.

Maigre, elle pesait 19 kilos à 13 ans.

Vient consulter parce qu'elle souffre de l'estomac : douleur assez indéfinissable avec sensation de chaud et de froid à la périphérie des membres (réaction vaso-motrice) douleur au creux de l'estomac et qui revient surtout après le repas de midi, ou vers 14 à 17 heures. Jamais réveillée la nuit.

Intolérance alimentaire : œufs, chocolat, fritures.

A l'examen : dépressibilité moins grande de la fosse iliaque droite (sans contracture) que de la gauche. Point appendiculaire douloureux accentué par l'élévation de la jambe. Au toucher rectal : rien à gauche, douloureux à droite. Au double palper on s'aperçoit bien que le point répond au détroit supérieur.

Appendicectomie (Docteur MALGAT).

Suites opératoires : la petite malade n'est plus constipée et a repris du poids.

OBS. XXXVIII. — Mlle Pasch..., 24 ans.

Vient consulter au mois de mai 1936, pour de l'asthénie, avec légère température, exacerbée par l'effort et les périodes prémenstruelles (température le matin, au réveil : $37^{\circ}2$; au moindre effort fait : $38, 38^{\circ}3$. Après 20 minutes, la température tombe à $37^{\circ}7, 37^{\circ}8$).

Symptômes digestifs discrets : pesanteur après les repas et douleurs nocturnes la réveillant vers une heure du matin, pas très intenses.

Modification du régime des selles : prédominance de la constipation et poussées tous les 8 à 10 jours de diarrhées, alternant avec la constipation.

L'examen de l'abdomen est négatif, à 8 ou 10 reprises échelonnées de mai 1936 à janvier 1937, soit 21 mois.

Durant cette période, le diagnostic porté est celui de cholestite et la malade est traitée par des antiseptiques biliaires intra-veineux.

Bilirubine : 0 gr. 20.

L'affection se démasque à la suite d'une poussée aiguë de grippe banale, fébrile, ayant duré 15 jours, avec température maximum à $39^{\circ}-40^{\circ}$.

La malade, vue le 8 janvier 1937, présente les symptômes suivants :

- 1° Persistance de l'asthénie et de l'état fébrile ;
- 2° L'appétit est conservé ; nausées quelquefois au réveil ;
pas de régurgitation ; pas de vomissement ;
- 3° Douleurs sous forme de pesanteurs survenant dans la nuit, vers 1 heure du matin au creux de l'estomac, terminées par une impression de gargouillement abdominal douloureux, surtout dans la région péri-ombilicale. Pas de sub-ictère. Pas d'amaigrissement.

L'examen clinique, négatif jusqu'au 8 janvier 1937, montre, ce jour là : pas de défense dans la région de Mac Burney ; un point douloureux au palper profond contre le psoas. La douleur à l'élévation de la jambe droite est beaucoup plus marquée que le point abdominal direct. La contre-épreuve est négative.

Pas de point vésiculaire

Point phrénique cervical droit.

Au toucher rectal on sent très nettement en arrière de la corne droite de l'utérus qui est en rétroversion, une région douloureuse dont le palper bi-manuel accentue la douleur.

Radiographie de l'intestin : l'examen est pratiqué à la huitième heure, à ce moment la baryte injecte la terminaison du grêle, mais la tête de la colonne opaque n'arrive pas encore à l'angle colique droit. Il y a donc à la fois retard dans le transit grêle et dans le transit colique. Le cæcum est assez bas situé, de volume normal, sans incisure ; il est souple et non douloureux à la pression. Par contre, celle-ci réveille une douleur assez vive au niveau du confluent iléo-cæcal, au niveau de l'insertion appendiculaire. Il existe en outre deux points douloureux de caractères différents, qui répondent au plexus cæliaque droit et gauche.

Appendicectomie (Hôpital de Monaco), le 4 mai 1938 :

Appendice d'une longueur excessive, non adhérent.

OBS. XXXIX. — M. Peg..., 40 ans.

Malade, à antécédents coloniaux, se plaint :

— a) de douleurs abdominales assez particulières, caractérisées par deux zones douloureuses, l'une *sub-ombilicale*, avec irradiations vers la région de Mac Burney, et l'autre douleur « en écharpe », qui commence en arrière, coupe le flanc et vient se terminer à peu près au même endroit que la précédente. Ces douleurs sont d'ailleurs sans horaire ;

— b) des troubles digestifs caractérisés par des digestions lentes malgré un bon appétit ;

— c) enfin il a des manifestations purement intestinales, avec tendance générale à la constipation et tous les 5 à 6 mois, des selles diarrhéiques avec du sang et du mucus. Il se plaint également d'une douleur anale après défécation.

On a d'abord cherché la possibilité d'une amibiase larvée chez

lui (malgré les examens antérieurs négatifs), mais on ne trouve ni ténésme, ni épreinte, ni sensibilité du cadre colique ; son foie n'est pas augmenté de volume, ni douloureux, même pas à l'ébranlement massif à travers la paroi, et enfin, une *rectoscopie* montre une hémorroïdaire anite des plus banales. Reste à expliquer un passé digestif avec irritation intestinale évoluant par crises, et des digestions lentes associées à des douleurs abdominales particulières et sans horaire.

Examen :

Aucune sensibilité au bord interne du cæcum, aucune douleur à l'élévation de la jambe pour faire contracter le psoas. On porte devant ce syndrome évoluant par crises (fait auquel nous attachons une grande importance, car l'évolution de cette affection est capricieuse) le diagnostic d'appendicite chronique.

Examen radiologique :

a) stase iléale marquée, au-delà de 7 heures ;

b) situation paradoxale de l'appendice, qui est tendu transversalement du bord interne du cæcum au flanc droit de la quatrième lombaire, position qui n'est pas transitoire, puisqu'aussi bien après l'ingestion qu'après le lavement opaque qui exerce une certaine pression sur le fond du cæcum, l'appendice reste ainsi tendu. Guidé par ce cliché, nous avons pu aller chercher au-dessus de l'aïlaron sacré, la douleur à la pression et nous la trouvons extrêmement nette ; elle rend très bien compte, d'ailleurs, d'un symptôme qui nous avait frappé à l'examen clinique, à savoir : la légère différence de dépressibilité du flanc gauche et du flanc droit. Le flanc droit étant moins dépressible que le flanc gauche.

L'association de ces deux phénomènes : situation anormale de l'appendice qui est vraisemblablement fixé, constatation d'une douleur sur la pointe de l'appendice et l'association de ce syndrome digestif lié à un retentissement sur la partie haute du tractus digestif et sur sa partie basse, sans lésion évidente, font porter le diagnostic d'appendicite chronique.

Appendicectomie.

OBS. XL. — Mlle G..., 30 ans.

Depuis 3 ou 4 ans, a de la diarrhée, sans mucus ni sang, quelquefois fausses membranes. Jusqu'alors avait des selles régulières quotidiennes.

Pas d'antécédents particuliers.

Pas de troubles dyspeptiques.

En février 1936, deux ou trois ans après le début des malaises, elle éprouve une douleur violente du côté droit, sans température. On intervient et on fait une *appendicectomie* après laquelle persiste les mêmes malaises.

Les examens *radiologiques* du tube digestif ne montrent rien d'anormal : on découvre par hasard, dans ses selles, à l'occasion

d'une crise de coliques avec des douleurs abdominales et un état nauséux absolument calqué sur les phénomènes pour lesquels elle a été opérée : des *lamblías* en quantité abondante.

Mise au traitement de la lamblíase (stovarsol), elle est guérie définitivement.

IV. -- FORME GASTRIQUE

OBS. XLI. — M. Did... Pierre.

M. D... se plaint de troubles dyspeptiques ayant débuté à l'âge de 14 ans d'une façon banale, sous forme de tiraillement, crampes, accompagnés de vomissements (surtout en été).

A 18 ans, ces troubles s'accroissent et si les vomissements disparaissent, le malade est parfois obligé de marcher courbé tant la douleur est violente. Celle-ci n'a pas d'horaire.

Après quelques années de rémission, à 28 ans, reparaisse les troubles qui évoluent par poussées, en avril, en septembre, et enfin en décembre, moment où le malade vient consulter.

Il éprouve alors :

a) une sensation de tiraillement d'estomac, au lever ;

b) des douleurs qui surviennent une demi-heure à 1 heure avant les repas, surtout après les repas du soir. Ces douleurs revêtent le caractère d'une sensation de *striction*, aisée à supporter, qui dure 2 ou 3 heures. Striction de la base de l'hémi-thorax droit, irradiant jusqu'à la région sus-ombilicale, mais également en arrière. Ce malaise se termine par un renvoi. Parfois cette sensation de douleur succède à une sensation de pesanteur qui l'a précédée pendant une heure ou deux.

Le malade précise que cette douleur, à type de striction, se calme s'il boit ou mange à nouveau, mais cette amélioration est temporaire, car la douleur est retardée mais reprend. Il se met à table avec *appétit* et ne souffre pas pendant les repas.

Le régime des selles est modifié : le malade a tendance à la constipation qui évolue parallèlement aux crises de douleur gastrique. Il n'a pas de diarrhée.

Ces malaises retentissent sur l'état général, amaigrissement de 7 kilos.

A l'examen : thorax normal.

Cœur : deuxième bruit un peu claqué. T. A. : 14-8.

Le palper de l'abdomen permet de constater un point appendiculaire très net ; il ne s'accompagne pas de contracture, mais de défense plus marquée dans la F. I. D. que dans la F. I. G. L'élévation de la jambe droite est douloureuse. Le toucher rectal permet de sentir une douleur maximum dans le repli de la valvule rectale droite ; l'épreuve du côté opposé est négative. Il existe un signe de Murphy discret et un point phrénique cervical droit.

Le malade rentre dans le service du Docteur J.-P. GRINDA, après avoir été convoqué à la consultation de gastro-entérologie où on lui a fait une radiographie.

Étant donné l'aquité des symptômes digestifs, un examen radiologique très attentif *de l'estomac*, est fait, avec radio en séries de la région pré-pylorique. Cet examen montre :

— un liquide d'*hypersécrétion gastrique* à jeun, en petite quantité, qui s'accroît en cours de l'examen ;

Un examen radiologique *du gros intestin*, à la huitième heure, montre :

— une sensibilité de la région cæco-appendiculaire ;

— l'accélération du transit colique, dont la tête de colonne atteint, à la huitième heure, l'ampoule rectale ;

— pas de stase iléale ;

— Segmentation haustrale normale, aspect tigré du cæcum.

Appendicectomie (Docteur J.-P. GRINDA) : appendice succulent et adhérent.

Examen histologique (Docteur DAUMAS) :

— une partie de la muqueuse est détruite, vers le tiers moyen de l'organe ; on trouve dans la lumière une sérosité contenant de nombreux polys ; à la base on observe une zone de folliculite marquée ; vers la pointe, oblitération de toute une zone dans laquelle on reconnaît un petit *névrome*.

La muqueuse, la couche folliculaire ont disparu.

— Bref, appendicite chronique avec poussées subaiguës et oblitération partielle.

Le malade part en convalescence étant en bonne santé, avec disparition des malaises depuis le 28 mars.

OBS. XLII. — Mme Vig..., 33 ans, Annot.

Antécédents :

Pas de passé pathologique. Règles régulières, indolores ; cependant, après un accouchement (elle a allaité 6 mois son enfant), voit survenir brusquement un amaigrissement inexpliqué de quelques kilos. Quelques mois plus tard apparaissent des crampes épigastriques du type de celles dont elle souffre actuellement. Ces malaises sont accentués par une seconde grossesse.

Actuellement, souffre de douleurs à type de *crampes à horaire tardif*, survenant à 11 heures, à 16 heures, et dans la nuit. Ces douleurs évoluent par *périodes*, surtout dans les jours qui précèdent et suivent les règles, indolores jusque là.

— Elle vomit quelquefois : vomissements aqueux, exceptionnellement alimentaires. Dans l'ensemble les vomissements sont rares.

Régime des selles irrégulier : constipation en général et débâcle diarrhéique. Pas de mœlena, pas d'hémathémèse.

Elle a maigri : son poids est tombé de 50 à 48 kilos en trois mois.

L'examen de la malade permet de sentir un cæcum sensible, spasmodique, douloureux, au bord interne ; la contraction du psoas par l'élévation de la jambe réveille une douleur intense alors que l'épreuve de contrôle est négative.

Le T. V. permet de sentir un utérus en rétroversion, peu mobilisable rien dans les culs-de-sacs. Le cul-de-sac droit est plus douloureux que le gauche quand on le déprime profondément.

Langue blanche.

La malade est mise à un régime lacto-farineux (avec de la viande au repas de midi) et au bismuth, au réveil et au coucher.

On décide de revoir la malade 15 jours après. Avant que ce délai ne soit expiré la malade est revue le 4 décembre 1936 parce que, à la suite de ses règles, qui ont duré du 29 au 3 décembre, elle a une crise *douloureuse abdominale* qui a commencé le 3 décembre à 18 heures.

Le palper de l'abdomen donne confirmation des symptômes précédemment observés. Il n'y a ni fièvre, ni contracture vraie.

La malade est revue le 6 décembre 1936 : elle a une douleur péri-ombilicale et dans la fosse iliaque droite, sans vomissements mais avec des nausées. La température est à 38°. Le toucher vaginal ne montre aucune lésion utérine. On constate les mêmes symptômes, objectifs sur l'abdomen que la première fois.

La malade est *radiographiée* le 8 décembre 1936, par le Docteur DAVIOT :

a) *spasme pylorique* initial, persistant les 5 premières minutes de l'examen gastrique ;

b) huit heures après l'ingestion opaque, *stase iléale* dans les dernières anses grêles, contrastant avec une accélération du transit de la tête de colonne qui remplit déjà l'ampoule rectale ;

c) signe de colite mise en évidence par l'irrégularité de la segmentation haustrale ;

d) l'appendice est injecté sur presque toute sa longueur.

Un examen radiologique fait, d'ailleurs, deux ans auparavant, avait montré la même imprégnation de l'appendice qui avait été trouvé douloureux.

Appendicectomie le 9 décembre (Docteur GRINDA) : appendice rétrocaecal, long de 8 à 10 cms, accolé à la paroi du cæcum.

Suites opératoires : à la sortie de la clinique, au début de janvier 1937, la malade pèse 44 k. 500.

Fin janvier, elle pèse 45 k. 700.

Au mois de mai 1938, c'est-à-dire 6 mois après l'opération, les crampes et les brûlures du creux épigastrique ont disparu. Le régime des selles est devenu régulier. Elles sont normales. Elle est revue au mois de décembre ; le poids de la malade a régulièrement progressé à 49 kilos en juin ; 49 k. 300 en août ; 51 kilos en octobre.

La malade donne de ses nouvelles au mois d'avril 1938, elle va parfaitement bien, n'a plus de malaises, a récupéré ses forces.

OBS. XLIII. — Mme Ber..., 26 ans.

Vient consulter pour des douleurs à type transfixiant, siégeant au *creux épigastrique*. Ces douleurs à irradiations dans le dos, sont assez intenses pour obliger la malade à se mettre à plat ventre contre le lit. Elles surviennent : à la fin de la matinée, entre 10 et 11 heures ; une heure après le repas de midi ; la nuit, vers minuit, réveillant la malade.

Elles durent 1 heure environ. La douleur est calmée par les changements de position (à plat ventre) ou la carbatropine.

Notions de poussées évolutives : la malade à eu une première crise il y a environ 10 ans ; puis sédation complète de 8 ans. Elle a souffert à nouveau il y a 2 ans, par crises, mais moins violentes qu'actuellement. Enfin, en juin, juillet, nouvelles crises ayant duré un mois. La crise actuelle a débuté il y a 10 jours. La douleur s'accompagne également de brûlures rétrosternales ascendantes et de constipation. Pas d'antécédents pathologiques si ce n'est une F. C. de 3 mois.

L'examen clinique permet de sentir un point douloureux sur 2 à 3 travers de doigt au bord interne du cæcum. Un point vésiculaire sensible sans contracture. La malade localise spontanément la douleur au creux épigastrique et dans la région sub-ombilicale.

Étant donné l'horaire de la douleur, le réveil de la malade la nuit, on hésite entre un ulcus de la petite courbure et une appendicite.

Un *examen radiologique* est pratiqué par le Docteur PASCHETTA, qui montre un point douloureux appendiculaire et une stase iléale à la huitième heure.

À signaler qu'après les palpations répétées, nécessitées par l'examen clinique et radiologique, la malade voit apparaître un état nauséux qui succède à ses douleurs gastriques. Elle signale que cet état nauséux est accentué par les changements brusques de position ou quand elle court.

Appendicectomie (Docteur VIDAL-REVEL), le 10 janvier 1937, qui trouve un appendice et une bride large et souple croisant en écharpe le cæcum, de l'iléon vers la paroi de la F. I D. Elle est sectionnée entre deux ligatures.

Examen histologique (Docteur DAUMAS) : « appendicite chronique folliculaire ».

Suites opératoires : le malade sort de la clinique le dixième jour ; rapidement les nausées disparaissent ainsi que les douleurs nocturnes. Les selles deviennent régulières et faciles.

La malade insiste sur la différence du régime de ses selles avant l'opération et actuellement.

Deux mois après l'opération : disparition du point cæcal, mais persistance du point vésiculaire.

La malade est mise à un traitement cholérétique salin léger le 7 mars 1938.

Le 14 avril 1938 examen clinique négatif.

Le 4 mai 1938 : elle va très bien.

OBS. XLIV. — Mlle Suz... Gabrielle, 20 ans.

Vient consulter le 28 janvier 1938, parce qu'elle souffre de « l'estomac », vers 9 heures du matin et tout de suite après les repas de midi et du soir. C'est une sensation de brûlure, qui dure jusqu'au repas suivant.

Nausées, constipation, pas de vomissements ; se plaint souvent du côté droit de l'abdomen.

N'a pas eu de règles depuis 3 mois.

Examen : Vésicule non douloureuse. Cæcum douloureux ; légère sensibilité de la F. I. D. Toucher rectal négatif.

Radiographie (Dr PASCHETTA) : Pas de retard à l'évacuation du grêle.

Appendice légèrement sensible et en crochet, mal rempli.

Revue le 3 novembre 1938 : sous l'action des alcalins (BOURGET) les brûlures disparaissent et les nausées diminuent. La douleur cæcale persiste. Au T. V., la main abdominale fait mal.

Le 17 mars 1938 : *appendicectomie* : appendice long, libre, sans lésions macroscopiques nettes ; mais malade histologiquement.

Examen (Dr DAUMAS) : Ulcérations anciennes de la muqueuse qui disparaît même en certains points ; elle est remplacée alors par du tissu fibreux. Folliculite partielle. Inflammation de la sous-muqueuse. Dans la lumière on trouve divers débris et entre autres des œufs de parasites (Ascaris).

OBS. XLV. — Mlle Rev..., 23 ans.

Depuis un an, souffre de céphalées persistantes et, de façon moins intense, de douleurs dans la région *épigastrique* avec irradiations sous les deux rebords costaux. Le premier malaise en date, la céphalée, s'est accompagné d'amaigrissement, puisque de juillet 1936 à octobre 1936, elle a maigri de 5 kilos.

Elle se trouve bien ensuite pendant 5 ou 6 mois, puis, à la céphalée, succède une douleur dans la région épigastrique avec irradiation sous les deux rebords costaux, s'accompagnant de *nausées* et quelquefois de vomissements *sans horaire fixe* (3 heures du matin, 11 heures et 4 à 5 heures de l'après-midi), donc plutôt à horaire tardif.

Actuellement la douleur est précoce, survient après le repas et dure jusqu'à 161 heures. Peu marqué après le petit déjeuner. Ne la réveille pas la nuit.

L'appétit est conservé. Nausées survenant tout de suite après le repas et durant 3 ou 4 heures. Pas de renvois. Etourdissement après chacun des trois repas. Constipation ancienne.

Règles régulières, depuis deux mois seulement, douloureuses.

Examen : Point vésiculaire non douloureux.

Point appendiculaire sensible ; douleur à l'élévation de la jambe.

Examen radiologique : Point sensible au niveau de l'appendice. Stase iléale à la 8^e heure.
Appendicectomie.

OBS. XLVI. — M. de Castr..., 57 ans.

Malade qui a un long passé digestif, pour lequel des diagnostics divers et des thérapeutiques diverses ont été institués. A 17 ans, a souffert du foie, jaunisse. Cures à Montecatini, Vichy.

En 1919, ENRIQUEZ et GOSSET sont intervenus avec le diagnostic de *lithiase vésiculaire* ; ils ont trouvé une bile sombre, pas de calcul, et ont drainé la vésicule pendant 9 mois. Après ces 9 mois, fermeture de la cholécystostomie. Va un peu mieux. Durant deux ans, vie d'hôtel à Monte-Carlo.

En mai 1935, reprise des malaises, à savoir : vomissements aqueux acides, survenant à 17 heures et vomissements alimentaires dans la nuit.

Les vomissements s'accompagnent de diarrhée ; une recherche isolée de sang, faite dans les selles le 8^e jour après cet accident, ne montre pas de sang. Il a maigri de 8 kilos. Cet épisode est traité comme une cholécystite par des laxatifs, une cure de jus de raisin, une cure à Brides. Il n'est pas franchement amélioré.

Fin décembre 1935, reprise des vomissements et de la diarrhée.

En décembre 1936, d'une façon régulière, depuis plusieurs semaines, à 17 heures, il a une envie de vomir, avec la bouche pleine d'eau et il provoque un vomissement d'eau acide ; en même temps, trois selles par jour.

Examen du malade : Le palper de l'abdomen permet de constater un point appendiculaire douloureux, tant par le palper abdominal que par le toucher rectal. La contre-épreuve du toucher rectal et du palper abdominal du côté gauche est négative. L'élévation de la jambe droite est bloquée par la pression sur le psoas. Contre-épreuve gauche négative.

Après un traitement d'épreuve au Bismuth pendant 10 jours et une cure d'Emétine qui ne l'améliore pas, on décide une intervention.

Une *appendicectomie* est faite par le Docteur PRAT, le 4 janvier 1935 : l'appendice est tout blanc, très scléreux, avec disparition de la lumière dans la portion dystale. Pas de vérification microscopique, les lésions paraissent évidentes. Les suites opératoires sont bonnes et le malade quitte la clinique vers le 15 janvier avec un petit suintement de la paroi pari le 2 février.

Le malade a un teint beaucoup plus clair, un excellent appétit, il ne souffre plus.

Le 9 avril 1936, le malade se plaint d'une crise de vomissement, avec nausées, dans la nuit, après dîner vers 19 heures, rappelant ceux avant l'intervention. Cette poussée de vomissement a été précédée d'un amaigrissement de un kilo, interprété comme une atteinte vésiculaire.

Au mois de juin 1936, le malade fait une hématomérose qui fait porter le diagnostic d'ulcère duodénal ; le malade est opéré (Docteur PRAT).

Le malade meurt des suites de cette intervention.

V. -- FORME PSYCHIQUE

OBS. XLVII. — Mme L..., 28 ans.

Pas de passé pathologique jusqu'à un épisode dépressif survenu au cours d'une grossesse, à l'âge de 22 ans (première et seule grossesse), caractérisée par une *crainte pathologique de la mort* qui persiste deux ans après son accouchement.

Puis, pendant les trois ou quatre ans qui suivent, c'est-à-dire jusqu'à 26 ans, tous les 3 ou 4 mois, la malade éprouve une brusque poussée de *surexcitation*. Elle a remarqué que pendant ce laps de temps, surviennent des poussées de cystite fréquentes.

En 1932 et 1933, c'est-à-dire un an ou deux avant qu'on l'examine, surviennent encore les accès dépressifs mêlés de surexcitation : elle a l'impression, dit-elle, de sentir tous ses nerfs.

La dernière crise a été accompagnée de cystite et de douleurs lombaires droites.

Parallèlement à ces troubles psychiques et urinaires, la malade a maigri de 13 à 14 kilos, en deux ans environ.

Les troubles dyspeptiques qui amènent actuellement la malade à consulter sont :

a) « Aérophagie », sous forme de crises de renvois, non explosifs, qui surviennent le soir après le repas, vers 9 ou 10 heures, que la malade soit debout ou couchée. Cette crise s'accompagne quelquefois de gonflement épigastrique qui l'oblige à délayer son corset et est même perceptible par son mari. Par contre, elle éprouve quelquefois des douleurs au creux épigastrique, sous forme de gêne douloureuse, coïncidant avec les périodes de surexcitation.

b) Elle se plaint d'avoir des pesanteurs après les repas : digestions lentes. Elle n'a pas de douleurs ascendantes.

L'appétit est conservé.

Le régime des selles serait pratiquement normal, si la malade n'avait pas une légère tendance à la constipation. Elle reste quelquefois un jour sans y aller. Il n'y a pas de douleurs locales, ni abdominales, au moment de la défécation.

La malade établit très nettement un parallélisme entre la sensation de douleur au creux épigastrique et les phénomènes psychiques.

L'examen de la malade permet de constater un point sous-hépatique et un point latéro-cæcal. La contraction du psoas

accentue cette douleur. La contre-épreuve du côté opposé permet de réveiller une douleur, mais moins intense.

La malade est mise à un traitement salin avec une solution assez concentrée de sulfate de magnésie (40 gr. pour un litre, plus 6 gr. de lactose et 6 gr. de bicarbonate de soude).

Sous l'influence de ce traitement, la malade enregistre une aggravation de son état. Aggravation caractérisée par :

Des nausées ; une diminution de l'appétit, jusque-là intact ; l'accentuation des renvois dès qu'elle mange ou boit ; l'accentuation des douleurs, non seulement douleurs hautes, impression de barre transversale au creux épigastrique, mais également douleur dans la F. I. D.

Les selles ont été abondantes et pâteuses sous l'influence de cette solution saline.

La malade est revue le 5 décembre. Entre temps, elle a perdu sa sœur. Elle ne présente pas de syndrome particulièrement dépressif à ce moment-là ; par contre, les douleurs dans la fosse iliaque droite ont augmenté. Son appétit a diminué ; elle se sent fatiguée.

Le dosage de la *biliburine* dans le sérum sanguin montre 40 mmgr.

Il est à signaler qu'au palper de l'abdomen, on sent un point douloureux dans la région de Mac Burney, et un point plus haut situé, presque sous-hépatique, et séparé du bord inférieur du foie par 2 ou 3 travers de doigt. On émet l'hypothèse que le point supérieur répond, peut-être, non pas à la vésicule, mais à la pointe de l'appendice latéro-cæcal ascendant.

Appendicectomie : Appendice latéro-cæcal ascendant, libre, qui est histologiquement examiné par le Docteur DAUMAS, le 8 décembre 1934.

Les suites opératoires sont bonnes. Amélioration notable du syndrome digestif.

Le 5 janvier 1935, plus de pesanteur, plus de renvois, bon appétit, plus de crampes épigastriques, digestions faciles.

Les troubles psychiques sont également améliorés, mais 20 jours après l'intervention, survient une nouvelle poussée de surexcitation, avec mélancolie, sensation subjective de chaud et de froid, accompagnée de troubles dyspeptiques : renvois, eau dans la bouche, ballonnement.

Revue quelques mois après, la malade a verticalement engraisé de 5 kilos et actuellement, va tout à fait bien, sans n'avoir plus fait aucune rechute depuis ce dernier épisode, qui a duré quelques semaines.

Revue le 14 mai 1938, elle nous raconte avoir bien supporté une deuxième grossesse. Cependant, lors d'un troisième accouchement, ses troubles psychiques sont réapparus.

VI. -- FORME URINAIRE

OBS. XLVIII. — M. Pug..., 51 ans, chef d'escadron de spahis. C'est un homme grand et robuste, ayant toujours mené une vie active et saine, sportif et sans antécédents pathologiques, malgré son séjour aux colonies (pas de dysenterie, pas de paludisme).

En 1935, il devient asthénique, tant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel. Il accuse, en même temps qu'une diminution de force, une baisse d'appétit, des digestions plus lentes avec, après les repas, une impression de ballonnement et de gêne. Il allait à la selle deux fois par jour, mais peu.

Le 15 octobre 1937, à Mascara, il quitte le quartier, se sentant mal à l'aise, et rentrant chez lui, accuse une vive douleur abdominale à type de colique. Pas de vomissements. Un médecin, consulté, parle de sub-occlusion et trouve le ventre uniformément sensible, sans zone électivement douloureuse. Pas d'arrêt absolu des matières et des gaz, mais abdomen ballonné, météorisé, surtout dans les flancs.

Cet incident, avec la diète et la glace, se calme au bout de 10 jours. Mais le malade commence alors une constipation opiniâtre (8 jours), résistant aux laxatifs, et le 31 octobre, on le dirige sur l'hôpital d'Oran, où, devant l'insuccès du sérum salé hypertonique, on lui fait une dilatation de l'anus, le 4 novembre. Une radiographie avait montré un dolico-colon et on avait alors pensé que tous ses troubles venaient de là. Il se rétablit vite et rentre en France le 5 décembre 1937 pour se reposer.

Brusquement, le 11 janvier 1938, il fait de la température aux environs de 38° avec sueurs et frissons ; en même temps, il ressent des phénomènes de cystite (il urine parfois toutes les 10 minutes). Il est soigné à l'hôpital de Villefranche, où un examen d'urine montre du « pus et des colibacilles en grande quantité ».

Envoyé en consultation chez le Docteur GAILLARD, à l'hôpital Pasteur, il lui est fait une cystoscopie qui montre des lésions de cystite banale et une pyélographie révélant des bassinets et des reins normaux. Pas de coudures des uretères. Cependant, cherchant la cause de cette colibacillose urinaire, il est envoyé à la consultation de gastro-entérologie (Docteur AUGIER).

A l'examen (21 avril 1938) : Abdomen souple, indolore au palper. T. R. non sensible.

Le diagnostic à porter est celui de la cause d'un arrêt incomplet, sans douleur brusque impliquant une torsion, chez un sujet ayant de petits troubles dyspeptiques apparus brusquement sans raison apparente.

Il est mis à l'huile de ricin de façon régulière et au « Septa-

plis », ce qui améliore les troubles urinaires et la douleur dans la région cæcale.

On fait une *radiographie* à la 8^e heure, qui montre :

Stase iléale très nette et très marquée à la 6^e heure, un peu moins à la 8^e heure.

Pratiquement, pas de dolico-colon, mais un appendice injecté sur les clichés à la 16^e heure et indolore, semble-t-il.

Sur la *coexistence du syndrome colique, gastrique et radiologique*, on porte le diagnostic d'*appendicite chronique, entraînant une stase intestinale et une colibacillose secondaire*.

Appendicectomie (Docteur STEPHANINI) : 28 avril 1938.

Rachis. Incision M. B.

Péritoine scléreux et épaissi. Cæcum collé par adhérences. Inflammations anciennes.

Appendice rétro, puis sous-cæcal, long de 14 centimètres, en colimaçon, non adhérent à la vessie.

Histologie (Docteur DAUMAS) : Diamètre irrégulier variant entre 3 mm. et 10 mm.

Aminci vers le 1/3 distal ; dilaté vers le 1/3 moyen et en cet endroit la paroi est très amincie. Folliculite chronique.

« Appendicite chronique sténosante et à des endroits d'aspect nettement subaiguë ».

VII. -- SEQUELLES URINAIRES

OBS. XLIX. — Mme Cai..., 26 ans, Monte-Carlo.

Appendicectomie, à 20 ans, après une période de douleurs et d'amaigrissement mêlés d'état nauséeux. Par la suite, reprise des douleurs abdominales et de la constipation, qui a été améliorée par un traitement cholérétique léger durant un an.

En 1936, cinq ans après l'intervention, la malade constate à nouveau une réapparition de la constipation, douleurs abdominales dans le flanc droit, dans la région appendiculaire et également transversales. L'appétit est conservé, mais la malade est extrêmement fatiguée, asthénique.

Son *examen clinique* permet de constater l'existence d'une vésicule douloureuse, avec un signe de *Murphy* très net.

L'*examen radiologique* de l'intestin montre l'accentuation des plis, après l'évacuation du lavement et le mauvais contact du lavement, avec la paroi cæcale. Le cæcum sous le contrôle radiologique paraît indolore ; on trouve un point douloureux plus bas, qui est interprété comme étant un point douloureux artériel. Du côté gauche, il n'existe pas.

Le diagnostic porté est celui de *typhlo-cholécystite post-appendiculaire*. La malade est peu améliorée par un traitement cholérétique. Sur cette constatation, on conseille à la malade

l'alternance du Bismuth, qui régularise bien le fonctionnement intestinal, quand il s'agit de carbonate et non de sous-nitrate, et une cure à Vichy.

La saison à Vichy donne une grande amélioration en 1936. La malade passe 1936-37 d'une façon satisfaisante, à part de petits incidents dans la sphère génitale, fait à nouveau sa cure en 1937, éprouve à nouveau des phénomènes douloureux dans la F. I. D., sans toutefois avoir la sensation de fatigue profonde qu'elle avait auparavant.

Les caractères du point douloureux : douleurs à la pression, douleurs accentuées par l'élévation de la jambe et absence de l'épreuve de contrôle latérale, sont exactement en faveur d'un point appendiculaire. Même caractéristique physique et topographique. D'autre part, les médications cholérétiques qui améliorent habituellement la malade sont sans effet.

Par élimination, on cherche une lésion des voies urinaires et l'on trouve une *coudure de l'uretère droit*, alors que les radiographies de la région iléo-cæcale et du transit sont négatives.

Conclusion : Cholécystite post-appendiculaire améliorée en un an par le traitement cholérétique et deux cures à Vichy et probablement déformation urétérale par bride d'opération appendiculaire.

FORME PSEUDO-TUBERCULEUSE

OBS. L. — Mme B..., 29 ans, panseuse à l'hôpital Pasteur.

Malade sans antécédent particulier, en dehors de la notion d'un frère mort tuberculeux à 20 ans, et d'un épisode aigu, dont le diagnostic a été mal établi, qualifié de pleurésie droite, caractérisée par une température instable, point de côté postérieur du côté droit, sans radio ni ponction et lui ayant fait accorder 20 jours de repos.

Elle vient consulter parce que, depuis 3 ans, elle voit son état général décliner et qu'elle éprouve quelques troubles digestifs survenus à la suite d'un épisode aigu, le 14 juillet, au matin, où, en se levant, elle a vomi ; les vomissements n'ont pas cessé de toute la journée et elle a eu de la diarrhée. Pas de fièvre et reprend son travail rapidement, mais :

Actuellement : elle se plaint de :

a) Douleurs sous le rebord costal droit, quelquefois la réveillant la nuit ; ces douleurs s'accompagnent de douleurs rétro-sternales déterminant une sensation de gêne en dehors des repas.

Après le repas, quand elle marche, elle éprouve une douleur sous le rebord costal gauche.

Nausées sans vomissements ; pas de céphalées, pas de subictère. Le régime des selles est irrégulier : alternatives de

diarrhées et de constipation. Son état général décline ; elle a maigri de 8 kilos en 6 mois. De plus, elle a une *température* instable, assez bien supportée (le matin, au réveil : 37 et 37.5 ; le soir : 38 et 38,4).

L'examen clinique de l'abdomen et du thorax de la malade est négatif.

Radiographie en juillet 1934 : montre une *vésicule* normalement injectée, mais on ne lui a pas fait l'épreuve de Boyden.

L'examen radiologique du gros intestin ne révèle pas de douleur dans la région appendiculaire, mais le cliché montre un peu de stase iléale à la 8^e heure.

Devant l'incertitude de ce tableau clinique et la notion des antécédents tuberculeux dans la famille de la malade, elle est mise à l'antigène méthylique dilué, du mois de décembre 1934 au mois de mars 1935, sans amélioration.

Vers le 20 mars 1935, la malade fait une angine après laquelle elle maigrit de 800 gr., la température devient oscillante entre 37°5 et 38°, s'accompagnant de frissons.

En même temps les nausées au réveil s'accroissent, la malade ne vomit toutefois pas, n'a pas d'appétit, a la bouche amère ; elle précise également que les douleurs dans la F. I. D. sont beaucoup plus marquées depuis son angine.

A l'examen, on constate alors un point appendiculaire dans la région de Mac Burney ; le toucher vaginal permet de sentir un point douloureux au-dessus de la corne utérine droite. Utérus en antéversion dépassant la symphyse. La douleur est accentuée à la contraction du psoas en faisant lever la pointe du pied. Cette manœuvre s'accompagne d'irradiation douloureuse dans la face postérieure de la cuisse.

On porte alors le diagnostic d'appendicite chronique et la malade est opérée par le Dr GAILLARD.

Compte rendu : Appendice pelvien : long.

Suites opératoires : La malade ne souffre plus. Pas de température. Elle a eu depuis une grossesse normale. L'enfant est bien portant.

CONCLUSIONS

Nous avons déduit de l'étude des cinquante observations ci-jointes que l'appendicite chronique a toujours une symptomatologie d'emprunt. Cette symptomatologie attire, dans l'immense majorité des cas, l'attention sur l'appareil digestif et simule une affection tantôt hépato-vésiculaire, tantôt gastrique, tantôt colique.

1° La FORME HÉPATO-VÉSICULAIRE, 60 %, qui répond dans notre esprit à la forme de « dyspepsie atonique », mérite d'être individualisée sous ce nom, non seulement pour ses caractères cliniques — qui font souvent porter le diagnostic de cholécystite — mais aussi pour les stigmates d'atteinte vésiculaire que montrent les examens humoraux et radiologiques.

Elle est importante à connaître, car elle nécessite un traitement cholérétique post-opératoire, faute de quoi la cholécystite évolue pour son propre compte.

2° Dans la FORME COLIQUE, 16 %, les troubles moteurs et sécrétoires du gros intestin peuvent engendrer de la constipation, de l'alternance ou de la diarrhée paroxystique.

3° Enfin la FORME GASTRIQUE, 12 %, qui répond à la forme de « dyspepsie hypersthénique », se caractérise toujours par un syndrome douloureux tardif, où dominent les crampes épigastriques, parfois les vomissements aqueux, le tout évoluant par crises : elle revêt, en un mot, le masque du syndrome de Reichmann, l'hypersécrétion est souvent radiologiquement visible.

Nous avons mentionné, parmi les formes non digestives que nous avons observées, des formes « urinaires », « psychiques » et « pseudo-tuberculeuses ». Même dans ces cas, un interrogatoire attentif met en évidence des troubles dyspeptiques discrets, rattachables à un des trois syndromes décrits et éclaire ainsi le diagnostic.

Cet *interrogatoire* nous montrera surtout deux caractères importants : la notion de poussées évolutives et la notion de l'inefficacité soudaine d'une médication jusque-là compensatrice. Ceci, nous incitant à rechercher les symptômes *cliniques et radiologiques* qui établiront le diagnostic positif.

1° Recherche aussi minutieuse que possible du point douloureux, selon les techniques décrites et en employant les divers artifices classiques. Il faut savoir que cette douleur peut être absente à plusieurs examens et qu'il faut, en cas de doute, revoir les malades aux moments des poussées évolutives ou à la rigueur en provoquer une par une médication saline.

Au contraire, devant un cæcum douloureux et spasmé, on devra, par une médication laxative douce ou sédative (bismuth) tâcher de faire disparaître la réaction cæcale pour n'apprécier que le point appendiculaire.

2° Avec tous les auteurs nous pensons qu'il n'existe pas de symptômes radiologiques pathognomoniques, mais bien un syndrome radiologique dont les signes les plus importants nous paraissent être :

a) la *localisation du point douloureux*.

b) La *stase iléale* et surtout quand elle existe, la *discordance entre la stase iléale et l'accélération du transit colique sous-jacent*.

c) Le *spasme initial* du pylore. Nous attachons peu de valeur à la perméabilité et aux différents aspects de l'appendice lui-même.

Enfin, dans l'étude des *séquelles*, nous opposons la promptitude avec laquelle disparaissent les troubles gastriques et les manifestations diarrhéiques, au caractère rebelle de la constipation et surtout des manifestations hépato-vésiculaires.

Vu :
LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CARNOT.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
Vu et permis d'imprimer :
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

(Pour les années antérieures à 1924, se reporter à la thèse d'ARBEIT (Jouve, 1924).)

- AGUILAR (L.). — Síndrome de coexistitis y appenditis cornica por brida hepato-parital (*Bol. Soc. de Cir. de Chile*, 4 : 29 déc. 1926).
- ARBEIT (Ed.). — « Les syndromes gastralgiques d'origine app. » (étude clinique). Travail du Service du Docteur Enriquez, Paris, 1924 (Jouve).
- ARRIAGADA. — Difficultés de diag. des app. (*Bol. Soc. cirug. Chile*, déc. 1934).
- AUBAT. — Contribution à l'étude de l'app. chr. à symptomatologie urinaire (*Thèse de Montpellier*, 1935-1936).
- AUGIER (A. et P.). — Les erreurs de diagnostic dans l'A. C. (*Méd. Gén. Fr.*, 1936).
- BACHY (G.). — A propos des app. avec troubles urinaires (*Bull. et N. Soc. Nat. de Chir.*, S. du 28 mai 1930, juin).
- BALICE (G.). — Contributo All'ostudio della sindrome appendico-renale (*Gazz. d. osp.*, 49 : nov. 1928).
- BAUDET (A.). — Le 12° nerf dorsal (monographie anatomique) et le pt. douloureux de Mac-Burney (ét. physiopat.). Paris, 1937 (Baillière).
- BAUMEL (J.). — Diagnostic clinique et radiol. dans app. chr. (*A. A. D.*, t. XVI, 1926, p. 552).
- BEJUL et HOLST. — Le radiodiagnostic dans l'A. C. (*A. A. D.*, 1936, p. 235).
- BENSAUDE (R.). — Maladie de l'intestin. Série I, série II (Masson, 31-32).
- BERGERET (A.) et CAROLI (I.). — Colites post-append. (*Congrès de Plombières*, 1935-1936).
- BERTHO (P.). — Quelques mots sur l'ex. leucocytaire clinique dans 49 cas courants d'app. (*Thèse de Paris*, 1929, *A. A. D.*, 1930, p. 386).
- BOMBI (J.) (Raguse). — Etude des altérations hist. du foie dans l'app. chr. *Arch. Italiano di Chirurgia*, vol. 43 (*Press. méd.*, 1936, p. 150 (Revue des journaux)).
- BRODIN (P.) et Mme TEDESCO. — Les réactions de la V. B. dans l'A. C. et les inflammations du côlon droit (*Société Méd. des Hôpitaux*, 10 juillet 1936).

- Les spasmes duodénaux dans l'app. ch. et les inflammations du côlon droit. Les ulcères gastro-duodénaux d'origine app. (*M. H. P.*, 30 mars 1936).
- BROHÉE (G.). — Diag. diff. entre l'A. C. et la stase cæcale (*Jour. de Chir. et An. Soc. Belge de Chirurgie*, 1928).
- BURNEY (Mac). — Experiences with early operative interference in cases of diseases of the vermiform appendix (*New-York Medical Journal*, 21 déc. 1889, p. 674-678).
- CAIN (A.). — Maladies de l'estomac, de l'intestin et du foie (Paris, Larousse).
- GARAJANNOPOULOS et GRIGORAKIS (C.). — Les tr. vésicaux d'origine append. (*T. d'Urologie*, 26 : 24-28 juillet 1928).
- CARNOT, HARVIER, etc. — Les colites (1930).
- CARNOT, Froment BOCTANSKI. — Maladies de l'intestin, t. XVII bis (*Nouveau Traité de Méd. et de Thérap.*, Baillière, Paris, 1938).
- CARNOT, BLAMOUTIER, LIBERT, FRIEDEL. — Les périviscérités digestives (*Cours gastro-ent. de Beaçon*, Baillière, 1926).
- CARRIÈRE et HURIEZ. — Colites à lamblias (*Gaz. des Hôp.*, 1932).
- CHASTENET DE GERY, DARIAU et Mme PICHON. — La forme diarrhéique de l'A. C. (*Revue Méd. Fran.*, XIV, 1933, p. 777).
- CHIRAY et CHAINE. — Les dyspepsies nerveuses (1931).
- CHIRAY, LARDENNOIS et BAUMANN. — Les colites chroniques (1934).
- CHIRAY (M.), LOMON et WAHL. — Le dolicoûlon, radiologie thérapeutique (Masson, 1931).
- CHIRAY et STIEFFEL. — La colite muco-membraneuse, 1930.
— Les constipations.
- CHUREAU (R.). — App. à symp. uniquement gauche malgré la présence du cæcum dans la fosse iliaque droite (*Soc. de Chir. de Paris*, 15 déc. 1933).
- CORNIL (L.). — Anatomie pathologique des ap. ch. (*Assises Franco-Italiennes*, mai 1936).
- DAMAS, RÉCAMIER. — Une consult. médicale : l'app. ch. (1935).
- DAUPTAIN (E.). — Etude physiopat. de l'innervation gastrique (Tr. du service du Docteur Enriquez). Paris, Doin, 1926.
- DENOYE (Paul). — Appendice et radiologie (1937, Vigot).
- DESCHIENS. — Thèse Paris, 1930. Colites à lamblias.
- DESPLATS (R.). — Les aspects radiol. de l'app. c. (*Journal de Méd. de Lille*, II, 1933, 409).
- DIETZ. — Diagnostic diff. entre la lithiase urétérale et l'app. (*Munch. Mediz. Walsen*, juillet 1936).
- DUPUY DE FRENELLE. — Append. Colites. Périviscérités (Paris, 1928).
- DURAND (G.) et BINET. — La typhlo-cholécystite (1931, Masson).
- ENRIQUEZ (E.). — Les séquelles de l'appendicectomie (*Acad. de Méd.*, Paris, 1913).
- ENRIQUEZ, GUTMANN, ROUVIÈRE. — Vagotonie appendiculaire (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 16 déc. 1921).
- FEDDER (L.). — Le diag. de l'app. chr. à la radiographie (*Beitr.* 2 ; *Klin. Chir.*, 14 déc. 1928).

- FINSTERBUSCH et GROSS. — Quels résultats fournit l'ex. radio. pour le diagnostic des affections de l'app. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1931, t. CLXIV, p. 454).
- FLANDIN (M. Ch.). — Ulcère de l'estomac et appendicite (*Bull. de Méd. de la Soc. des Hôp. de Paris*, 30 mars 1936).
- FLANDRIN (P. R.). — F. urinaires de l'app. ch. (*Bull. méd.*, n° 6, 10 fév. 1934).
- FONIO (A.). — Importance de la leucocytose dans l'app. au pt. de v. diagnostic et pronostic (*Schweizer med. Wochenschr.*, n° 34).
- FREDET (P.) et DURAND (G.). — Les formes à « surprise » de l'app. ch. (syndrome chr. de rétrécissement (non organique) de la fin de l'intestin grêle et app. ch.).
- DUPUY DE FRENELLE. — App. colites et périviscérites (Paris, Maloine, 1928).
- GALLART MONES. — Las falsas apendicitis (*Actamedicolatina*, sept.-oct. 1932, fas. 29).
- GALLART MONES et PINOS. — Diagnostic de l'app. ch. (Barcelone, 1933, Salvat, éditeur).
- GAUME (P.). — Formes urinaires de l'app. rétro-cæcal (*Arch. Ur. de la clinique de Necker*, t. VI, fév. 1929).
- Formes uri. de l'app. rétro-cæcale (*Gaz. Méd. de France*, 1^{er} mai 1930).
- Formes uri. de l'app. rétro-cæcale (*Le Bull. Méd.*, 27 février 1932, n° 9).
- L'app. rétro-cæcale masquée par des sympt. urinaires (*Le Concours Méd.*, n° 37, 11 sept. 1932).
- GILBERT et BABAÏANTZ. — Sur l'observation radiologique et anatomique d'une stase app. dans un cas d'app. ch.
- GRAY (J.). — Signes d'ulcus duodénal chez des malades sans ulcère (*Journ. of. Am. Med. Ass.*, 27 août 1927).
- GUEGUETSKHORI (N.) (Tiflis). — Sur les rapp. de l'app. ch. et des modifc. de la sécrétion gastrique.
- GUTMANN (R.). — Les syndromes douloureux de la région épigast. (*Bibliothèque des grands syndromes*, 2^e éd., Doin).
- Caractères de la douleur épigast. (*Nutrition*, 1937, t. VII, n° 4, p. 359).
- Les formes à surprises de l'app. ch., les moyens de les diagnostiquer (*La Méd. prat.*, déc. 1920).
- Les sténoses fonctionnelles du pylore (*La consultation*, déc. 1923).
- Les crises épileptiques d'origine append. (Travail des services de MM. Enriquet Gosset) (*Arch. App. Dig.*, 1924).
- GUY, LAROCHE. — Les formes urinaires de l'app. ch. (*Parts Médical*, n° 31, 1924).
- HAMANT et GRIMAUULT. — Les fausses append. chez la femme (*Rev. Méd. de Nancy*, 65, avril 1937).
- HANETT (W.) et GALSTAUN. — Corrélation des données radio. et opér. dans l'app. ch. (*The british medical jour.*, août 1935).
- HARVIER. — Irritation à la pathologie digestive (Masson, 1935).

- HELD (I. W.). — L'app. ch. et son diag. diff. (*Americ. Journ. of the Med. Sc.*, juin 1924, vol. CLXVII).
- HURST (A.). — App. chr. et dyspepsie append (radiologie) (*Guy's Hospital Reports*, oct. 1922) (*Arch. A. D.*).
- ILIESCU (M.). — Le sig. du phrénique dans les appen.
- IRGER (I. M.) et DRAGUN (B. G.). — App. et cholécystite (*Archive für Klin. Chir.*, 7 janvier 1928).
- JACQUET (P.) et GALLY (L.). — Le diag. radiol. de l'app. ch. (*Bull. Mémo. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 2 fév. 1931).
- *Paris Médical*, avril 1930.
- *Congrès de Plombières*, 1935, p. 162 et 1936, p. 197.
- LEGUEU. — Rapp. path. de l'app. et de l'app. urin. (*Le Progrès Méd.*, n° 20, 17 mai 1930).
- LETULLE (M.). — 1° Anatomie patho., t. II, p. 1449.
- 2° Les surp. de l'app. ch. (*Presse Méd.*, 14 déc. 1927).
- LEVEN et BASSET. — La lésion pylor. atteignant le point de Mac Burney ; le taux diag. de l'app. (*Bull. et Mémoire Soc. de Radiol. Méd. de Paris*, 12 oct. 1909).
- MAINGOT, SARASIN et DUCLOS. — Exploration radio. des côlons et de l'app. au moyen des solut. flocculantes. Image des muqueuses. Tech. Séméiologie. Syndromes (1935).
- MARTEL (De) et ANTOINE. — Les fausses append. (Paris, Masson, 1922).
- Les append. chr. Et. cli. et traité méd. chir.
- Importance de l'ex. de sang fait en série chez les malades atteints d'appen.
- MARTINET (Max). — Insuffisance hépatique et append. (*Thèse de Lyon*, 1931).
- MAYER. — Réflexions à propos du diag. dif. de l'app. (*Annales et Bull. de la Soc. Roy. des Sc. Méd. et Nat. de Bruxelles*, n° 9, 1912).
- MÉDECINE GÉNÉRALE FRANÇAISE (La). — T. III, 5°, n° 4, avril 1936; n° 5, mai 1936. « Assises Franco-Italiennes sur les append. chr. opérées (résultats éloignés) ».
- MIYAGAWA (K.). — Recherches expér. sur l'appar. de ce qu'on nomme le trio abdominal (ass. de l'ulc. gast. ou duod. avec la cholec. et l'app.) (*Dent. zeitschr. f. chi.*, janv. 1936, p. 114).
- MOUTIER (F.). — Le signe du soulier dans l'app. et les affec. cæcales.
- MOYNIHAN. — Ulcère gastrique et duodénal (1925).
- NARAT (J. K.). — Relations between appendi. pyllitis. (*Ann. I. Surg.*, 17, july 1932).
- OKINCZY. — Douleur épigastrique dans l'app. (*Pres. Méd.*, avril 1930).
- OPPENHEIMER (A.). — Les signes radio. de l'appen. dite chr. (*Fortshr. a. d. Roetgenstr.*, nov. 1931, p. 600).
- ORLEY (A.). — Le diag. radiol. de l'app. malade (*Brit. Jour. Radio.*, août 1935).
- OULIE. — Deux diag. abdom. difficiles (fausses app.) (*L'Algérie Méd.*, juillet 1934).

- PALMA (R.) et PERONA (P.). — App. pericholecistite e peri-duodenite (*Arch. Ital. di Clin.*, XXXIII, 1933, n° 6).
- PARTURIER (R.), FEDSTEIN. — Retentissement appen. des cholécystites (*Jour. Méd. Fr.*, mai 1932).
- PASCHETTA (Nice). — Le diag. radiolo. de l'app. (*La Médec. Franç.*, mai 1936).
- PELLINI (Maria). — Le diagn. clinique de l'app. chronique.
- PRAT. — « Assises Franco-Italiennes », avril 1936 (*Journal de Médecine générale*, mai 1936, p. 324).
- PREUSSE. — Que nous apprennent les rapp. existant entre l'app., la cholec. et l'ulcère de l'estomac au point de vue de la therap. chirurg. (*Arch. für Klin.*, mai 1932).
- REPETTO. — Les modifications du suc gastrique dans l'app. ch. (*Riforma Med.*, 24 oct. 1936, n° 85).
- ROUSSY, LEROUX et OBERLING. — Précis d'anatomie patho. (1933).
- ROUSSY (G.) et BERTRAND (J.). — Travaux pratiques d'anat. pathol. (Masson, p. 6).
- ROUTKEWITSCH (K.). — Contribution au diag. de l'app. chr.
- ROUX (J. C.). — Les dyspepsies appendic. (*La Clinique*, 15 nov. 1932).
- ROUYER (R.). — Contrib. à l'étude des fonct. urinal. de l'app. ch. (*Thèse Paris*, Vigot, 1934).
- SICILIANO. — Le diag. radiol. de l'app. (*La Radiol. Méd.*, vol. XI).
- WERBOFF (S.). — Les complications urinaires de l'app. (*Inform. Méd.*, janv. 1928).

TABLE DES MATIERES

Introduction	15
<i>Chapitre I.</i> — Appendicite chronique à forme hépato-vésiculaire	19
<i>Chapitre II.</i> — Appendicite chronique à forme colique	27
<i>Chapitre III.</i> — Appendicite chronique à forme gastrique ..	31
<i>Chapitre IV.</i> — Les éléments du diagnostic positif de l'appendicite chronique	37
Examen clinique	38
Examen radiologique	41
<i>Chapitre V.</i> — Les séquelles d'appendicites chroniques opérées	47
Observations :	
Forme hépato-vésiculaire	51
Séquelles hépato-vésiculaires	69
Forme colique	74
Forme gastrique	82
Forme psychique	88
Forme urinaire	90
Séquelles urinaires	91
Forme pseudo-tuberculeuse	92
Conclusions	95
Bibliographie	97



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



